matronas hoy

Tercera Etapa. volumen 2 nº 2 año 2014

Revista de la Asociación Española de Matronas

Sumario

- Editorial
- Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural
- Visión de la matrona en el siglo XXI
- Lactancia materna *versus* otros métodos no farmacológicos como alivio del dolor en el recién nacido
- Entrevista a la supervisora y matronas del Hospital Universitario Puerta de Hierro

Agenda

- XXX Congreso Trienal de la Confederacion Internacional de Matronas (ICM), Praga
- XVII Congreso Nacional de Matronas
- Jornada de divulgación científica multidisciplinar. "Cuestiones controvertidas en torno a la alimentación en el embarazo y lactancia"

MATRONAS HOY <<ON LINE>> ISSN: 23490-0161

encuentr@
ENFERMERÍA INTELIGENTE

El mayor buscador de contenidos científicos actualizados específicos de enfermería de la red. Una herramienta esencial de apoyo a tu aprendizaje. **La respuesta fiable a todas tus necesidades académicas y profesionales.**

√ Todas las especialidades.
√ Todas las técnicas y procedimientos.
√ Todos los cuidados avanzados.
√ Toda la investigación y actualidad enfermera.
√ Todo ello ajustado a la realidad enfermera más actual.

- MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS
  a texto completo, revisados y actualizados.
- 124.000 GRÁFICOS E ILUSTRACIONES
  de ENFERMERÍA en español.
- MÁS DE 75.000 DOCUMENTOS
  de todos los términos relacionados con Ciencias de la Salud.
- TODAS LAS MATERIAS

TODO ELLO ACTUALIZADO PERMANENTEMENTE POR NUESTRO EQUIPO CIENTÍFICO Y EDITORIAL

http://encuentra.enfermeria21.com
info@enfermeria21.com

PODRÁS COPIAR, PEGAR E IMPRIMIR
a partir de fuentes fiables, actualizadas y reseñables, cualquiera de los contenidos consultados.

Consultar precios especiales para socios ALADEFE
ALADEFE

DAE | grupoparadigma

matronas hoy es una publicación que nacía hace treinta años gracias al empeño de la **Asociación Nacional de Matronas** pero, por múltiples factores, el proyecto tuvo que ser sacrificado. En 2013, gracias al acuerdo firmado con Grupo Paradigma, y por mediación de su Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), la revista vuelve a publicarse, con más fuerza si cabe, para que todas las matronas estén al tanto de las últimas novedades en su área de trabajo.

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario.

matronas hoy en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas (AEM) que pretende facilitar la posibilidad de publicación de los numerosos trabajos que, en la actualidad, realizan las matronas, al tiempo que sea una herramienta de formación continuada para todo el colectivo. Estos trabajos se enmarcan desde todas las perspectivas de la salud sexual y reproductiva de la mujer y del recién nacido, sobre cuidados, gestión, docencia e investigación, así como lo relacionado con la profesión de matrona en su historia, presente y futuro.

La publicación incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en este área profesional como artículos originales, revisiones, editoriales, entrevistas, cartas a la directora, etc.

Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

Envío de artículos: matronashoy@grupo-paradigma.com
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 3 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Persona física	38€	48€
Estudiantes	30€	35€
Institucional	50€	60€

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/pagina/normas-de-publicacion/

ISSN: 2340-0161

matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa Mª Plata Quintanilla

Comité editorial

- Mª Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

- Isabel Manzano Alonso
- Sofía Gotor Colas
- Pilar Medina Adán
- Leticia del Valle Falcón
- Andrea Herrero Reyes
- Maite del Hierro Gurruchaga

matronas hoy es un órgano de divulgación de la Asociación Española de Matronas editado por DAE

Sumario • *Summary*

Vol. 2 - nº 2 septiembre-noviembre 2014

Editorial

7

Originales

Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural 8
María Begoña Martínez Borde, Patricia María Villa Gómez, María Sol Martínez Huerta, Elena Vilches Barbero, Ana Isabel Tobar López, Sonia Álvarez Barreiro

Visión de la matrona en el siglo XXI 17
Eduardo Martínez Martín, Macarro Ruiz, Javier Herrero Martín, Alba Llorente Prieto

Revisiones

Lactancia materna *versus* otros métodos no farmacológicos como alivio del dolor en el recién nacido 28
Esther Conde Puertas, Inmaculada Hernández Herrerías, Elena Conde Puertas

Aquí y Ahora

Entrevista a la supervisora y matronas del Hospital Universitario Puerta de Hierro 33

Agenda

XXX Congreso Trienal de la Confederacion Internacional de Matronas (ICM), Praga 37

XVII Congreso Nacional de Matronas 42

Jornada de divulgación científica multidisciplinar. "Cuestiones controvertidas en torno a la alimentación en el embarazo y lactancia" 56

bibliotecadigital
Grupo Paradigma

Todo el conocimiento enfermero donde y cuando lo necesites

TU BIBLIOTECA PERSONALIZADA

Las mejores colecciones de libros y documentación digital pensadas y desarrolladas para satisfacer las necesidades de consulta de los profesionales y los estudiantes de Enfermería

Puedes adquirir más títulos para añadir a tu Biblioteca Digital en:

www.biblioteca.enfermeria21.com

grupoparadigma

Editorial

Con frecuencia se ensalzan, yo misma lo hago, las virtudes de sacrificio y de beneficencia y, sin embargo, me cuestiono a menudo si estos valores realmente juegan un papel importante en nuestras vidas, y de forma particular y concreta, en el ejercicio de nuestra profesión como matronas/es. Me cabe pensar que en esta sociedad, en constante evolución, no hayamos sabido transmitir con claridad este tipo de valores o incluso hayamos conseguido, entre todos, lo contrario. Afirmo sin ambages que la tan palpable y alta competitividad que se ha generado en la actividad académica, laboral y social irremediablemente está avocando a centrarnos tanto en uno mismo, que olvidamos la importancia del esfuerzo colectivo.

Paradójicamente, es innegable que el éxito en el mundo actual exige esfuerzos de colaboración. Fuera incluso de consideraciones éticas, es sabido que ser capaz de trabajar como parte de un equipo -lo que irremediablemente incluye la capacidad de sacrificar el beneficio personal por el bien del colectivo en el que estemos integrados- es una habilidad esencial en la esfera de trabajo moderno condicionado por la complejidad de la tecnología, la información de masas y la globalización, circunstancias todas ellas que exigen colaboración si se quiere tener éxito.

Como representantes de la Asociación Española de Matronas en la Confederación Internacional de Matronas (ICM), acabamos de regresar el 30 Congreso Trienal celebrado en Praga, en el que se han dicho, debatido, explicado, propuesto muchas cosas a favor de las mujeres y sus familias, a la par que por el empuje de la profesión de matrona al que están estrechamente ligados los objetivos anteriores. A las matronas del mundo (y en Praga estuvimos representantes de 126 países) nos separan tremendas diferencias en cuanto a nuestra formación, recursos disponibles, regulaciones y competencias profesionales, y circunstancias sanitarias de la población materno-infantil de los países en los que prestamos nuestra asistencia, pero nos une un objetivo común: ser buenas/os matronas/es, para lograr ser "buenos instrumentos" para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y de sus familias.

Las matronas españolas debemos seguir luchando por avanzar en nuestra profesión, algo lícito y deseable, a pesar de que hay hechos innegables que nos colocan muy alto en la cualificación profesional mundial: no solo tenemos una formación teórico-práctica de excelencia que nos dota de conocimientos y habilidades para un desenvolvimiento profesional envidiable, sino que nuestra colaboración se ve reflejada en el estado de bienestar de madres y niños. El reciente informe sobre el estado mundial de las madres 2014, coloca a España en el puesto nº 7, contando con que en esta evaluación, además de las condiciones de salud materna e infantiles, se valoran políticas educacionales y económicas de madres y niños, circunstancias que previas a la crisis que soportamos actualmente ya tenían una marcada diferencia positiva en los países que nos anteceden en el ranking (1. Finlandia, 2. Noruega, 3. Suecia, 4. Islandia, 5. Países Bajos, 6. Dinamarca).

Nuestra profesión tiene un alto significado ético, humano y social, y no puede estancarse, ya que las mujeres y sus familias nos necesitan. Requieren un colectivo profesional que satisfaga sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y así conseguir y mantener una buena calidad de vida y preservar su salud. Las matronas hemos desarrollado esta función desde siempre y, en buena parte, es nuestra responsabilidad seguir haciéndolo en las mejores condiciones. Sin embargo, para ello se necesita un colectivo de matronas competente, fuerte y profesionalmente sólido y unido. La UNFPA, en el nuevo informe presentado en Praga durante el 30 Congreso Trienal de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), además de reivindicar el papel clave de las comadronas para reducir la mortalidad durante el parto, algo que nos ha de llenar de satisfacción y orgullo, hizo también una llamada a asentar tres pilares en la profesión de matrona que den relevancia social a esta profesión: "educación, asociación y regulación".

Si tuviera que escoger una sola frase que resumiera todo este congreso, sería la pronunciada por la recién nombrada embajadora de buena voluntad de la ICM, Toyin Ojora Saraki, como corolario de su discurso en el acto inaugural: "Si quieres ir rápido, ve solo, si quieres ir lejos, ve acompañado" (proverbio africano).

Estimadas/os colegas tengamos presente este proverbio reflejo de sabiduría popular y sigamos adelante todos juntos para llegar lejos.

Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Presidenta de la Asociación Española de Matronas

Influencia en los resultados obstétricos de determinadas posiciones durante el trabajo de parto con analgesia epidural

[1] María Begoña Martínez Borde
[1] Patricia María Villa Gómez
[1] María Sol Martínez Huerta
[1] Elena Vilches Barbero
[1] Ana Isabel Tobar López
[1] Sonia Álvarez Barreiro

[1] *Matronas. Hospital Universitario Cruces (Vizcaya).* *E-mail: pablo7595@hotmail.com*

Resumen

Introducción: las directrices de las investigaciones científicas nos llevan a entender que la falta de cambios en la posición materna durante el parto puede contribuir a la distocia del mismo y aumentar el riesgo de partos instrumentados.

Objetivo: analizar la influencia en los resultados obstétricos de las posiciones adoptadas por la gestante con analgesia epidural durante el trabajo de parto, usando la cama obstétrica articulada.

Método: estudio observacional, transversal y descriptivo, en gestantes de bajo riesgo en el trabajo de parto activo con analgesia epidural que acuden a la sala de partos de un hospital terciario, desde junio de 2011 a septiembre de 2012. Se elaboró una plantilla de recogida de datos para la valoración de la satisfacción materna. Se utilizaron la escala COMFORT adaptada al área de parto y la escala analógica visual EVA, para medir el nivel de dolor.

Resultado: se estudiaron un total de 49 gestantes con embarazo a término (> 37 semanas), con analgesia epidural, en trabajo de parto activo, con feto único, vivo y sano. El análisis de las posiciones maternas, fetales y tipo de parto mostraron que las gestantes, tanto nulíparas como multíparas que parieron en distintas posiciones, tuvieron la misma tasa de partos eutócicos (86,7% *vs* 89,5% respectivamente p= 0,571), se disminuyó un 90% la tasa de partos instrumentados en las multíparas. La duración de la fase activa desde la epidural fue de media de un 3,75 ± 1,32 h y la duración del expulsivo fue de 1,25 ± 0,65 h.

Conclusión: las camas obstétricas articuladas nos permiten adaptar posiciones que mejoran la movilización de las gestantes con analgesia epidural, lo que favorece la rotación fetal y el parto eutócico.

Palabras clave: analgesia epidural, primera etapa del parto, segunda etapa del parto, analgesia epidural, parto, escala analógica visual (EVA).

Abstract

Influence of certain postures during labor under epidural analgesia on obstetric outcomes

Introduction: *guidelines based on scientific investigations suggest that a lack of changes in maternal posture during labor can lead to dystocia and an increased risk of assisted delivery.*

Purpose: *to evaluate the influence of maternal posture during labor under epidural analgesia on obstetric outcomes, using an articulated obstetric bed.*

Methods: *an observational cross-sectional descriptive study was carried out in low-risk pregnant women during active labor under epidural analgesia, in a delivery room at a tertiary-level hospital, from June 2011 to September 2012. A form for data collection was built in order to evaluate maternal satisfaction. COMFORT scale adapted to labor area and a visual analog scale (VAS) were used to assess pain level.*

Results: *forty-nine women with a full-term single pregnancy (> 37 weeks), having active labor, under epidural analgesia and delivering a healthy newborn were included. An evaluation of maternal posture, fetal position and kind of delivery showed that both nulliparous and multiparous women had the same rate of eutocic deliveries (86.7% versus 89.5% respectively p = 0.571) when using different postures during labor; a 90% reduction in assisted delivery rate was seen in multiparous women. Mean active phase duration after epidural analgesia was 3.75 ± 1.32 hours and delivery duration was 1.25 ± 0.65 hours.*

Conclusion: *articulated obstetric beds allow adaptive postures, which improves mobilization during labor under epidural analgesia, and helps fetal rotation and eutocic delivery.*

Key words: *epidural analgesia, first stage of labor, second stage of labor, epidural analgesia, delivery, visual analog scale (VAS).*

Introducción

A lo largo de la historia las mujeres durante el parto se han movido por la intuición, han optado por una gran variedad de posturas, las cuales iban alternando con otras en el transcurso del mismo, según los dictados de su instinto (lo más confortable suele ser lo más fisiológico).

La posición materna es un factor muy importante durante todo el proceso del parto. Este factor está determinado, además de por hechos fisiológicos, por patrones culturales de comportamiento y por costumbres. Las posiciones adoptadas por las mujeres durante el trabajo de parto han estado histórica y universalmente dominadas por la movilidad y la verticalidad, en asociación con ayudas materiales y humanas (1).

Sin embargo, la mujer ha ido perdiendo la confianza en su cuerpo, puesto que se ha pasado del parto en casa al parto en hospital y es aquí donde ha empezado a estar encamada y, en consecuencia, comienza la pérdida de concepto fisiológico del parto.

La investigación obstétrica ha demostrado el beneficio de la movilidad y de los cambios de posición materna para facilitar la progresión del parto (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su *Guía práctica para los cuidados del parto normal*, considera la posición rutinaria de litotomía durante el parto como práctica claramente perjudicial e ineficaz (3). Según el documento de consenso "Iniciativa al parto normal" de la FAME, sería conveniente abandonar el uso de la mesa obstétrica tradicional y utilizar una cama normal o las nuevas camas obstétricas articuladas que permiten diferentes posiciones (4).

En un parto de evolución normal, la mayoría de las gestantes experimentan dolor durante la progresión del trabajo de parto. No hay evidencia de que el dolor de parto sea beneficioso para la madre o el feto, por el contrario, el dolor, el miedo y la ansiedad desencadenan una serie de respuestas que pueden producir efectos nocivos sobre la madre y el feto, por lo que el alivio del dolor está plenamente justificado (5).

El uso de la analgesia epidural se ha incrementado de forma importante. En el centro de trabajo del ámbito de aplicación de este estudio se calculó el porcentaje de analgesia epidural utilizada para el parto vaginal de enero a diciembre de 2011, siendo un 88% de un total de 6.620 partos. Así mismo en este centro hospitalario, durante los meses de enero a diciembre del 2012 la tasa de partos disminuyó a 6.336, no así el porcentaje de analgesia epidural que se incrementó un 2%, resultando un 90% (6).

La analgesia epidural es el método más eficaz para un alivio adecuado del dolor en las mujeres durante el trabajo de parto (7), como contrapartida, condiciona la movilidad de la parturienta, restringiéndola e incluso anulándola, según el nivel de bloqueo sensitivo alcanzado con la analgesia y la elección espontánea de postura; además no está exenta de consecuencias obstétricas adversas, entre las que se incluyen un mayor riesgo de parto instrumentado, un aumento de la incidencia de posiciones fetales anómalas, un aumento del uso de oxitocina, así como una mayor duración del primer y segundo periodo del trabajo de parto (8,9).

La búsqueda de la gestión más segura y eficaz durante el trabajo de parto es un tema de gran interés y controversia para los profesionales de los hospitales, donde el uso de la epidural es muy frecuente (10,11). Es objetivo de las matronas la reflexión sobre el confort de las mujeres, sobre el respeto y la ayuda a la mecánica obstétrica.

Debido a que las articulaciones son más móviles durante la gestación, los movimientos entre los huesos de la pelvis toman más importancia porque nos varían las dimensiones del interior de la misma. El efecto relajante de la hormona relaxina, permite a la pelvis abrirse más en las articulaciones púbicas y sacroilíacas. Simplemente con el cambio de posición pueden variar muchos factores tanto a nivel de la pelvis, como a nivel fetal o de la propia gestante (12,13).

La búsqueda de diferentes posiciones, que permitan la abertura de la pelvis según la progresión, la rotación y la acomodación de la cabeza fetal para un mejor resultado obstétrico, es objeto de esta reflexión.

Tras la adquisición en el centro de camas obstétricas articuladas, que permiten no solamente una mejor movilización, sino la posibilidad de convertirse en cama de parto, y constatando los beneficios de los cambios de posiciones maternas en la progresión del parto en relación a los resultados obstétricos, se planteó la posibilidad de hacer factible este estudio.

Objetivo

Identificar la influencia en los resultados obstétricos de las posiciones: sentada con las caderas semiflexionadas y el tronco hacia delante, sentada con las caderas hiperflexionadas, decúbito lateral izquierdo modificado y decúbito lateral derecho modificado, que puede adoptar la gestante con analgesia epidural durante el trabajo de parto utilizando la cama obstétrica.

Metodología

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal, realizado entre los meses de junio de 2011 a septiembre de 2012, ambos meses incluidos.

Ámbito de estudio

Servicio de Ginecología y Obstetricia-Área de Partos del Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo (Vizcaya). El área de partos consta de 15 habitaciones individuales, de las cuales seis tienen cama articulada que permite que se utilice como sala de dilatación y paritorio, a las que se les puede acoplar la barra de trabajo que se emplea en este análisis. En el momento del estudio hay un total de dos barras de trabajo.

Población a estudio

La población a estudio la componen las gestantes de bajo riesgo en el trabajo de parto activo, con analgesia epidural atendidas en la sala de partos y ubicadas en una de las habitaciones-paritorio con barra de trabajo.

- Criterios de inclusión:

  Gestante con embarazo superior a 37 semanas, feto único, vivo, en presentación cefálica, con inicio de parto espontáneo y que cumpla las condiciones definidas como población de estudio.

- Criterios de exclusión:
  - Negativa de la gestante a participar en el estudio.
  - Gestante de medio, alto o muy alto riesgo que requieren control en nivel terciario según la Clasificación del Ministerio de Salud y Seguridad Social (se entiende por riesgo todos aquellos factores externos o intrínsecos, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna manera la supervivencia del feto).
  - Gestante con minusvalía física o psíquica.

Variables a estudio

Edad de la gestante, edad gestacional, paridad, raza, educación maternal, número de partos anteriores, posición del expulsivo, duración de la fase activa del parto, duración del expulsivo, estado de las membranas ovulares o bolsa de las aguas, dilatación cervical, estado del periné, tipo de parto en parto anterior y actual, nivel de dolor, test de Apgar, ingreso del recién nacido al Servicio de Neonatología, oxitocina.

Posición fetal: se estudia la presentación cefálica de vértice (occipucio) en las posiciones: derecha, izquierda y sus tres variaciones: anterior, posterior y transversa (OIIA: occipitoilíaca izquierda anterior; OIIP: occipitoilíaca izquierda posterior; OIIT: occipitoilíaca izquierda transversa; OIDA: occipitoilíaca derecha anterior; OIDP: occipitoilíaca derecha posterior; OIDT: occipitoilíaca derecha transversa; OP: occipito púbica; OS: occipito sacra).

Posturas maternas: posturas que se observan en la mujer gestante con analgesia epidural en la cama obstétrica durante el trabajo de parto y el periodo expulsivo.

Las diversas posiciones adoptadas por las mujeres durante el trabajo de parto se pueden clasificar en posiciones verticales y horizontales (14,15).

La literatura científica indica varias ventajas fisiológicas asociadas a las **posiciones verticales** (bipedestación, sedestación). Mejoran la alineación entre el eje longitudinal del útero y el eje longitudinal del canal del parto contribuyendo al encajamiento del feto en el estrecho superior y a su descenso a través del canal de la pelvis. Respecto a la gestante, favorecen la gravedad, potenciando el efecto de las contracciones, siendo estas más intensas, rítmicas y efectivas. Además existe menor riesgo de hipotensión materna al no haber una compresión aorto-cava (efecto Poseiro), con lo que mejora la oxigenación materno-fetal. Así mismo, el feto, por el efecto de la gravedad, se ve facilitado por el reflejo de Ferguson (la presión de la cabeza fetal sobre la parte baja del útero, desencadena un reflejo a nivel hipotálamo-hipófisis, estimulando la producción de oxitocina), aunque se vea ralentizado por el uso de la analgesia epidural (12,16,17).

Las **posiciones horizontales** que se utilizan en este estudio (los decúbitos laterales modificados) proporcionan a la mujer una gran libertad de movimiento en cuanto a los movimientos de anteversión/retroversión de la pelvis, nutación/contranutación sacra y la posibilidad de realizar múltiples asimetrías que modifican el interior de la pelvis (los estrechos de la pelvis), simplemente variando el grado de flexión/extensión de la cadera y el de flexión/extensión o rotación de la pierna contraria al lado del apoyo.

En estas posturas el periné se relaja y los huesos sacro e ilíaco podrán desplazarse a fin de aumentar el tamaño de los estrechos: podrán hacer contranutación, aumentando así el estrecho superior (importante en la fase de encajamiento fetal) o nutación, aumentando así el estrecho medio y el inferior (importante en la fase de descenso y de desprendimiento fetal). Esto se consigue moviendo la pierna que queda en plano superior en todos los planos, con lo cual se facilita el paso del bebé por los distintos estrechos de la pelvis. A nivel fetal se mejora la oxigenación al existir una descompresión aorta-cava, con la consecuente mejora de la oxigenación madre-bebé, y además facilita la rotación del feto en posición desfavorable como es la occipito posterior a anterior. Respecto a la gestante, el trabajo del útero se ve facilitado contrayéndose con mayor intensidad y menor frecuencia. Es una posición útil para disminuir el ritmo de un parto que evoluciona demasiado rápido. Las posiciones en decúbito lateral tienen otro efecto positivo, ya que se asociada a tasas más altas de perinés intactos (14,15).

Posturas como las del estudio resultan idóneas para toda la fase de dilatación y la última fase del expulsivo, dado que no solamente permiten cambiar la orientación de los estrechos de la pelvis, con pequeños movimientos de basculación o traslación, sino que además permite modificar los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis, con movimientos amplios procedentes de la asimetría de las piernas (flexión , extensión y rotación). Son posiciones en las que la presentación fetal pueda realizar por si sola, desde el interior de la pelvis, nutaciones y contranutaciones del sacro dependiendo del periodo de parto en que se encuentre la gestante.

- Posición sentada con las caderas semiflexionadas y el tronco hacia delante (SCSD: posición sentada con las caderas semiflexionadas y el tronco hacia delante): colocaremos a la gestante sentada en la cama obstétrica y apoyada hacia delante sobre la barra de trabajo. Piernas flexionadas (Figura 1).

Figura 1. Sentada con las caderas semiflexionadas y el tronco hacia delante

- Posición sentada con las caderas hiperflexionadas (SPHS: posición sentada con las caderas hiperflexionadas): colocaremos a la gestante sentada en la cama obstétrica apoyando la espalda en el respaldo de la cama y las piernas con libertad para deslizarse sobre la barra de trabajo (Figura 2).

Figura 2. Sentada con las caderas hiperflexionadas

- Posición decúbito lateral derecho/izquierdo modificado (DLDM/DLIM: posición decúbito lateral derecho/izquierdo modificado): se procede a colocar a la gestante apoyada sobre el lado derecho/izquierdo, con la rodilla y el muslo izquierdo flexionados y levantados, pierna en ligera abducción, apoyada sobre la pernera. La pierna de abajo en flexión (> 10º y < 90º) (Figura 3).

Figura 3. Decúbito lateral

Recogida de datos

Previo al estudio se desarrollaron talleres teórico-prácticos a las matronas sobre movilidad pélvica, donde se les enseñó el manejo de la plantilla de recogida de datos sociodemográficos, y de resultados obstétricos y neonatales que se elaboró para el estudio. Para cada mujer incluida en el estudio se abrió una plantilla de recogida de datos en una hoja diseñada para tal fin, en la que están descritas todas las variables. Estas se agrupan en dos grandes grupos: variables definitorias de las características de la población y variables definitorias de los objetivos del estudio. La valoración de la posición materna y fetal se realizó cada 2 h coincidiendo con el tacto vaginal, y tras el parto. Para la observación de resultados perinatales se anotó el valor del test de Apgar, si hubo sospecha de pérdida de bienestar fetal durante el trabajo de parto y si fue necesario su ingreso en la Unidad de Neonatología.

Para la valoración de la satisfacción materna se utilizaron: la escala modificada COMFORT, usando únicamente la parte referida al área de partos, con puntuación tipo Likert de 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho); y la escala analógica visual (EVA), para medir el nivel de dolor, que toma valores desde 0 (no dolor) a 10 (máximo dolor imaginable).

Análisis de datos

La descripción de variables cuantitativas se ha realizado mediante la media y desviación estándar y las variables categóricas se describen mediante tablas de frecuencia y porcentajes.

Para estudiar las diferencias en cuanto a la duración del parto y la multiparidad se ha utilizado la prueba estadística U de Man-Whitney puesto que el tamaño muestral es pequeño. Para ver las diferencias entre la multiparidad y el tipo de parto y el estado del periné se ha utilizado la prueba de Ji-cuadrado o su correspondiente corrección de Fisher.

Para valorar la encuesta de satisfacción se ha descrito el porcentaje de resultados satisfactorios y muy satisfactorios.

Se ha utilizado el programa estadístico SPSS *vs* 21.0 y una significación estadística de 0,05.

Resultados

Se estudiaron un total de 49 gestantes (30 nulíparas y 19 multíparas), con embarazo a término (> 37 semanas) con analgesia epidural y en trabajo de parto activo.

- La edad media materna fue de 32,9± 4,36 años, siendo un 89,8% autóctonas; un 4,1% de raza latinoamericana; un 4,1% de raza europea y un 2% magrebí.
- El inicio de parto fue espontáneo en el 100% de los casos sin necesidad de utilizar ningún método de inducción (prostaglandinas vaginales, oxitocina intravenosa o colocación de balón de Cook a través del orificio cervical interno...).
- El 59,1% de las gestantes no necesitó oxitocina exógena para favorecer la progresión del parto y solamente se practicó amniotomía a un 28,57%.

  El análisis de las posiciones maternas, fetales en relación con el tipo de parto mostraron que: tanto las gestantes, nulíparas como multíparas que parieron en distintas posiciones tuvieron la misma tasa de partos eutócicos (86,7% *vs* 89,5% respectivamente p= 0,571) con un índice de perinés intactos de un (41,4% *vs* 36,8%) no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Se disminuyó un 90% la tasa de partos instrumentados en las multíparas (Gráfico 1).
- La duración de la fase activa desde la aplicación de la epidural fue de media 4,14± 1,35 h en nulíparas y 3,15± 1,07 h en multíparas, siendo esas diferencias estadísticamen-

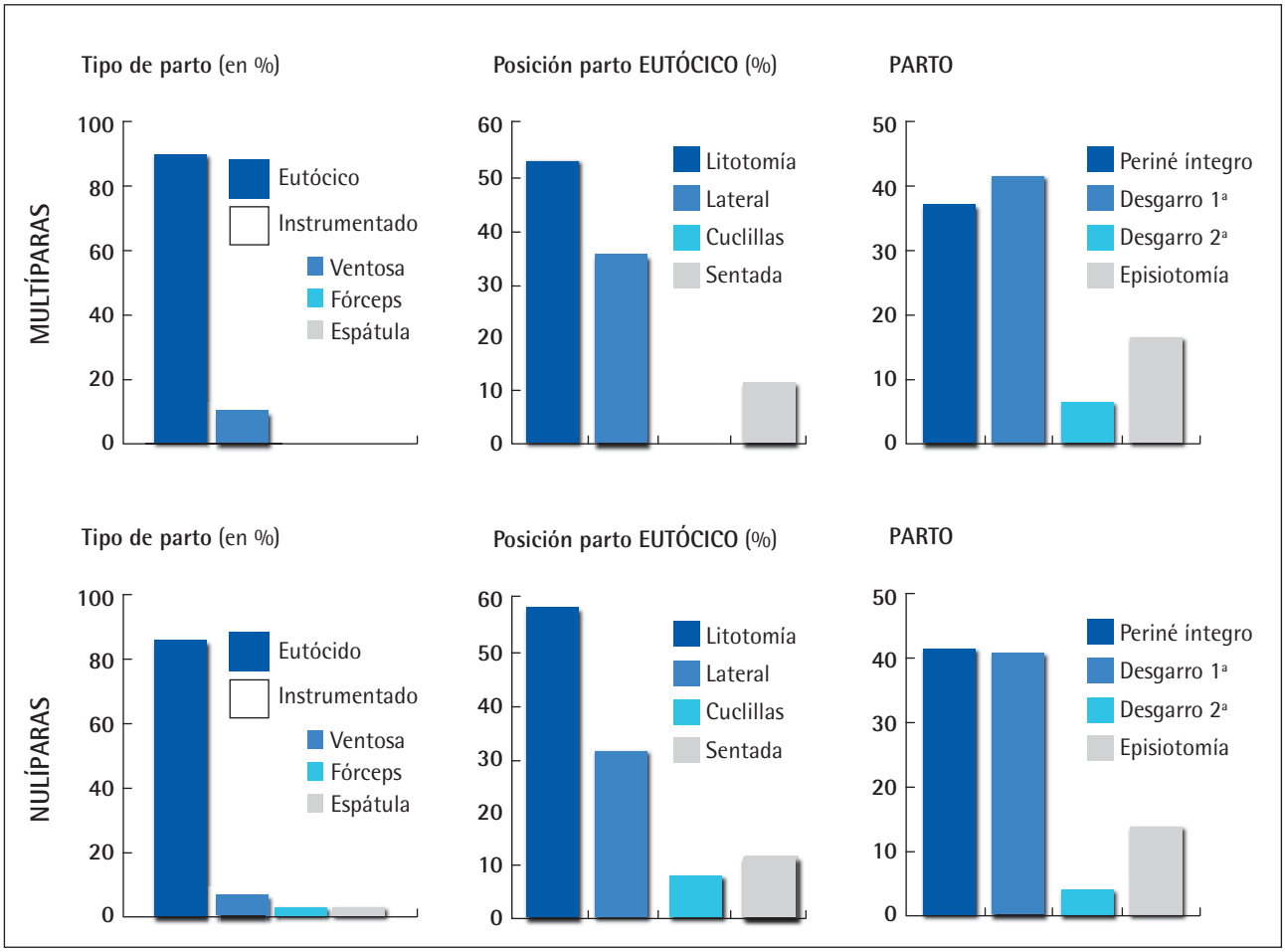

Gráfico 1. Análisis de las posiciones maternas en relación con el tipo de parto

te significativas (p= 0,001) y la duración del expulsivo fue de 1,27 ± 0,69 h y 1,20 ± 0,6 h respectivamente. Se favoreció la rotación de la cabeza fetal (Gráfico 2).

La gestante fue alternando la posición a lo largo del tiempo y el avance de la dilatación (Gráfico 3).

En relación al dolor, se obtuvo una media en la escala EVA de 0,98.

En cuanto a los cuidados recibidos por la gestante durante el periodo de parto, estas mostraron un alto grado de satisfacción (Tabla1).

En cuanto a los resultados neonatales, el Apgar al minuto fue de 8,57 ±1 y el Apgar a los 5 minutos de 9,8 ± 0,46. Ningún recién nacido precisó ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología.

Discusión

Actualmente en la sociedad las intervenciones como la monitorización fetal continua, las inducciones, la amniotomía, las estimulaciones con oxitócicos, y el uso cada vez mayor de la analgesia epidural, han hecho de la libertad de movimientos y los cambios de posición materna durante el trabajo de parto un reto a superar.

En los partos en los que la gestante elige la analgesia epidural (la mayoría, como se deduce de los datos aportados en este estudio) debería ser informada de la posibilidad de adoptar distintas posiciones para favorecer el mecanismo del parto, ya que aunque de forma autónoma no sea capaz de efectuar estos cambios debido al alto grado de bloqueo motor, la comprensión y asunción de estas maniobras como intervenciones positivas, incrementarán la disposición materna para la realización de los cambios posturales que la matrona considere convenientes. Simplemente con el cambio de posición, según la bibliografía describe, pueden variar muchos factores tanto en el ámbito pélvico (aumento de los diámetros), como en el fetal (mejora de la oxigenación fetal), o de la propia gestante (menos pérdida de sangre, disminución del dolor, mayor sensación de control, menor daño perineal, etc.).

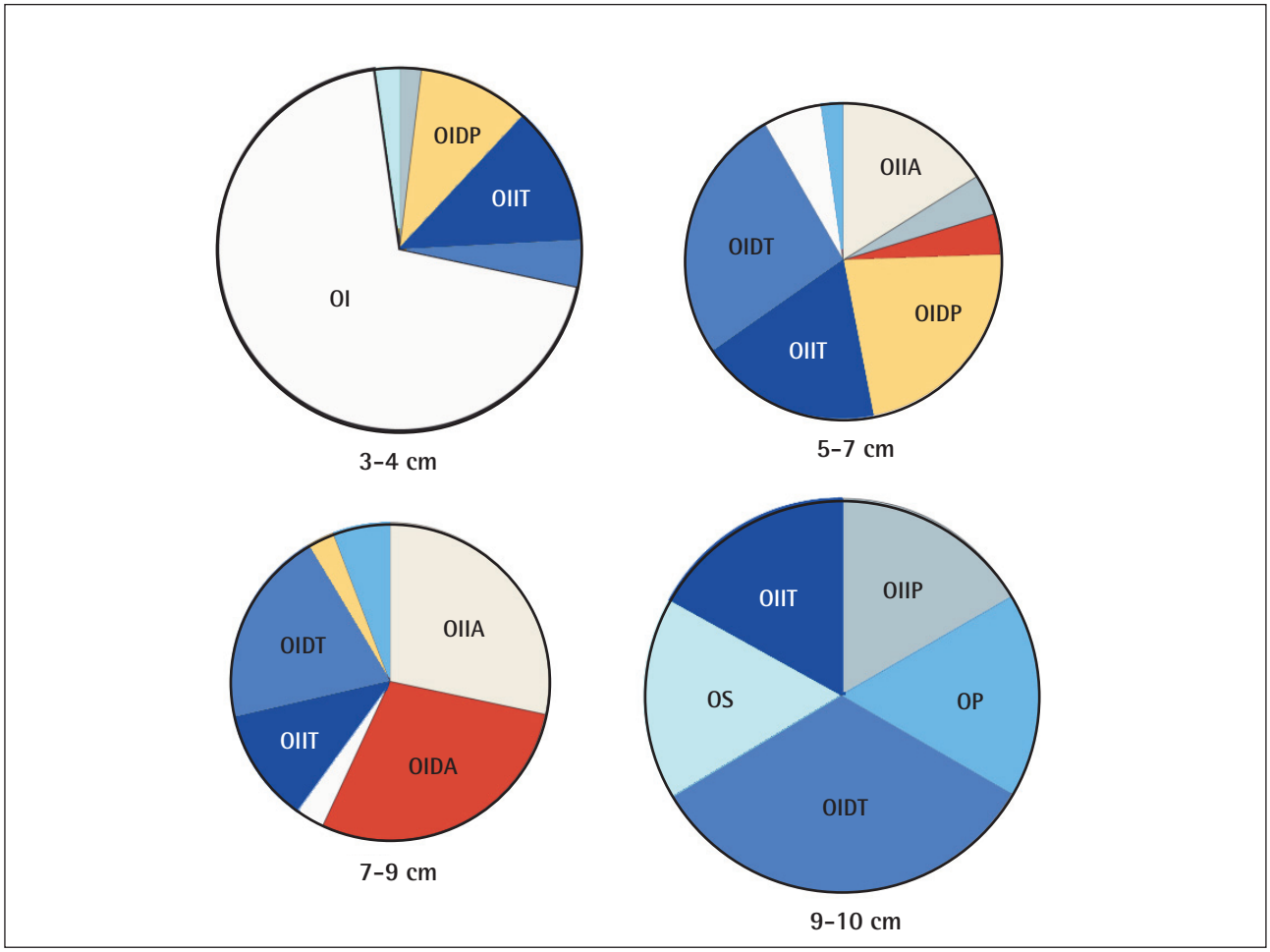

Gráfico 2. Posición fetal (en porcentajes)

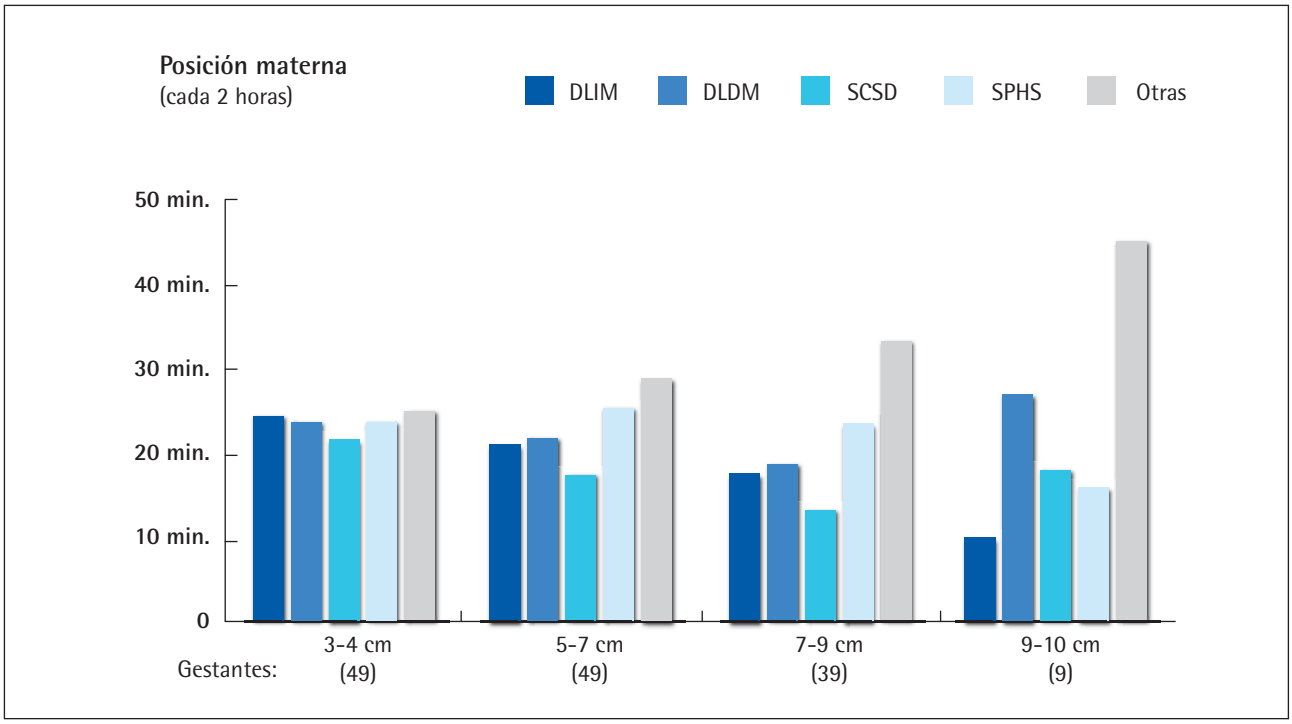

Gráfico 3. Alternancia de la posición en el tiempo

Tabla 1. Cuidados durante el periodo de parto

Grado de satisfacción con	Muy satisfecha (porcentaje)	Satisfecha (porcentaje)
La matrona responde a sus necesidades durante el parto	93,9	6,1
Sentirse escuchada-apoyada en la toma de decisiones por la matrona	91,8	8,2
Tiempo que la matrona dedicó a cubrir sus necesidades físicas-emocionales	93,9	6,1
Tiempo que pasó la matrona para cubrir sus necesidades básicas	93,9	6,1
Cantidad de información dada por la matrona sobre sus cuidados	85,4	14,6
Satisfacción con la comodidad de su pareja o persona de apoyo	59,2	38,8
Satisfacción con las medidas de analgesia-confort	71,4	24,5
Satisfacción con la analgesia durante el parto	69,4	22,4
Satisfacción con la vivencia del nacimiento	72,5	22,4
Satisfacción con los cuidados recibidos	79,6	20,4
Número de personas que estuvieron en el paritorio durante su parto	81,6	18,4
Adecuación de la habitación respecto a sus necesidades	71,4	26,5
Adecuación con la iluminación de la habitación	71,4	28,6
Respeto a su intimidad durante el parto	79,6	16,3
Información recibida en la sala dilatación-paritorio	89,8	10,2

Con la utilización de las camas obstétricas articuladas, el confort de la mujer se ve favorecido y la matrona dispone de otra herramienta útil para intentar mejorar los resultados obstétricos.

Conclusión

Gracias a la adquisición por parte de nuestros hospitales de camas obstétricas-articuladas se ha conseguido una ampliación, modificación y perfeccionamiento de las posiciones que pueden ser adquiridas por las gestantes, consiguiendo modificar los distintos diámetros de la pelvis, y aumentar el número de partos eutócicos.

Hospitales terciarios, como el de este estudio, presentan índices de analgesia epidural que rondan el 90%, con el consiguiente encamamiento de la gestante. La matrona, por experiencia y capacitación, y en función al desarrollo del parto y a las necesidades de la gestante, debe conducir las diversas posiciones a adoptar por esta durante el periodo dilatante y expulsivo, siempre desde el respeto a la libertad de la mujer en la toma de decisiones.

Difundir información que contemple las distintas posiciones puede estimular a las gestantes a moverse y adoptar distintos movimientos, en caso de que puedan hacerlo de forma autónoma, o a comprender los cambios posturales que se les hagan, si por el contrario el bloqueo motor les impide adoptarlas sin ayuda.

Agradecimientos

A todos los profesionales del Hospital Universitario Cruces que han participado en el estudio.

Bibliografía

1. Racinet C. Positions maternelles pour l´accouchement. Gynecol Obstet Fértil 2005; 33:533-538.
2. Riquelme R, Gutiérrez MM, Lagares FM, Lorite C, Moore T, Ruiz Rodríguez C. Influencia de las posiciones de la mujer sobre distintos parámetros en el proceso del parto. Matronas Prof 2005; 6(4):9-12.
3. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Grupo Técnico de Trabajo de la OMS. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 1996.
4. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona; 2007.
5. Mayberry LJ, Clemens D, De A. Epidural analgesia side effects, co-interventions and care of women during childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:S81-93.
6. Datos estadísticos facilitados por el Servicio de Epidemiología del Hospital Universitario de Cruces. Servicio de Ginecología y Obstetricia; 2012.
7. Santos JC, Ruano A, Beltrán PJ, Álvarez C, Cosculluela M. Efecto de la analgesia epidural sobre la duración y tipo de parto. Clin Invest Gin Obst 2004; 31(2):36-43.
8. Mayberry LJ, Clemmens D, De A. Epidural analgesia side effects, co-interventions and care of women during childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: S81-93.
9. Torvaldsen S, Roberts CL, Bell JC, Raynes-Greenow CH. Interrupción de la analgesia epidural de manera tardía durante el parto para la disminución de los resultados de parto adversos relacionados con la analgesia epidural (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus Número 4. Oxford: Update Software Ltd: 2008. [En línea] [fecha de acceso: 18 de agosto de 2014]. URL disponible en: http://www.update-software.com
10. Gredilla E, Pérez Ferrer A, Martínez B, Alonso E, Díez J, Gilsanz F. Satisfacción materna con la calidad de la analgesia para control del dolor del trabajo de parto. Rev Esp Anestesiol Reanim 2008; 55:160-164.
11. Anim Somuah M, Smyth RMD, Howell CJ. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD000331.
12. Gupta JK. Maternal posture in labor. J Obstet Gynaecol Re 2000; 92:273-277.
13. Carreras I. Posición materna durante el segundo periodo del parto: revisión de evidencias. Evidentia 2005 septiembre-diciembre; 2(6).
14. Cuerva Carvajal A, Márquez Calderón S. Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2006.
15. Benito E, Rocha M. Posiciones maternas durante el parto. Alternativas a la posición ginecológica. Madrid: Biociencias Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alfonso X El Sabio 2005; (3).
16. De Jorge A, Teunissen T, Lagro-Janssen AL. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. J Psychosom Obst Gyn 2004; 25:35-45.
17. Carbonne B, Benachi A, Leveque ML, Cabrol D, Papiernik E. Maternal position during labor: Effects on fetal oxygen saturatios measured by pulse oximetry. Obstet Gynecol 1996; 88:797-800.

18. Calais-Germain B. El periné femenino y el parto. Elementos de anatomía y bases de ejercicios. 5ª reimp. Barcelona: La Liebre de Marzo; 2007.

19. Calais German B. Vives Parés N. Parir en movimiento. Las movilidades de la pelvis en el parto. Barcelona: La Liebre de Marzo; 2008.

20. De Gasquet B. Trouver sa position d'accouchement J. Hachette Livre (Marabout); 2010.

21. Annemarie Lawrence, Lucy Lewis, G Justus Hofmeyr, Therese Dowswell, Cathy Styles. Posición y movilidad de la madre durante el periodo dilatante del trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009; núm. 3.

[1] Eduardo Martínez Martín
[2] Dolores Macarro Ruiz
[3] Javier Herrero Martín
[4] Alba Llorente Prieto

Visión de la matrona en el siglo XXI

[1] Matrón. Atención Especializada Hospital General de Segovia. E-mail: edumartinez25@hotmail.com
[2] Matrona. Atención Especializada Hospital de Coria, Cáceres.
[3] Enfermero Área de Salud de Segovia.
[4] Enfermera Área de Salud de Coria, Cáceres.

Resumen

Objetivo: describir la visión de la mujer española sobre la profesión de matrona en el siglo XXI.

Metodología: estudio descriptivo transversal, cuya recogida de datos se realizó a través de un cuestionario en dos áreas de salud pertenecientes a las provincias de Cáceres y Segovia, y la pertinente revisión bibliográfica en las principales bases de datos.

Resultados: existe gran desconocimiento sobre la figura profesional de la matrona en relación con su cualificación profesional, las actividades que lleva a cabo y los lugares donde desempeña su trabajo. La mayoría desconoce qué tipo de preparación y estudios tiene, la duración de estos y, por consiguiente, su nivel académico.

Pocas mujeres ven la profesión exclusivamente femenina, cuando curiosamente es a partir del año 1980 cuando se suprime la limitación que existía por razón de sexo para acceder a dichos estudios.

La puntuación que dan a la preparación profesional es alta.

Las actividades dentro del campo de la ginecología son las más desconocidas. Por el contrario, la actividad dentro del campo de la obstetricia es más conocida, aunque paradójicamente siendo la asistencia al parto la actividad tradicional de la matrona, muchas desconocen que es la profesional que atiende los partos en los hospitales públicos. Sin embargo, saben que si deciden parir en clínicas privadas serían atendidas por el médico.

En cuanto a lugares de trabajo lo reducen a hospitales y clínicas de maternidad, conociendo poco las actividades en áreas docentes y/o administrativas.

La matrona es una profesión bien vista socialmente. La profesión de matrona considera que debe ser elegida por vocación personal del profesional.

Discusión-conclusión: las mujeres saben poco acerca de las matronas. Cuanto más a fondo se conoce esta labor, mejor valorada es. En general, hoy día ha perdido consideración social, aunque posee una preparación más científica y un desempeño más autónomo. Todo el colectivo profesional, veteranas y nuevas matronas, tiene mucho que ofrecer a las mujeres y debemos ir adaptándonos en consonancia a la mudable demanda debida a los cambios sociales, avances científicos y tecnológicos que se van produciendo.

Palabras clave: matrona, reconocimiento social, imagen profesional, siglo XXI.

Abstract

How are midwives seen in the 21st century?

Purpose: *to describe how is midwife role seen by Spanish women in the 21st century.*

Methods: *a cross-sectional descriptive study was carried out. Data were collected by means of a questionnaire in two health care areas belonging to the provinces of Cáceres and Segovia, and a literature review was performed based on a search in the main databases.*

Results: *professional role of midwives is remarkably unknown regarding their professional qualifications, activities, and places where they work. Academic level of midwifes, that is, their professional expertise as well as their learning curricula and studies duration, is mostly unknown.*

Few women consider midwifery to be an exclusively female profession, even when access limitation to midwifery studies based on gender was in force until 1980.

A high score is placed on professional expertise.

Most unknown activities are those belonging to the gynecology field. On the other hand, best known activities are those belonging to obstetric field. However, as a paradox, in spite of delivery care being the traditional role of midwifes, many women do not know midwifes are the healthcare workers in charge of deliveries in public hospitals. Nevertheless, most women know that when choosing a private clinic for their deliveries, a medical doctor will be in charge.

Regarding places where midwives work, most women only mentioned hospitals and maternity clinics, whereas midwives activities in teaching and/or managing areas are mostly unknown.

Midwifery professionals are well considered in the community. Most women believe midwifery is a personal vocational profession.

Discussion-conclusion: *midwifery is remarkably unknown by most women. The better is midwifery known, the better is it valued. In general terms, midwifery has currently lost some social status, in spite of a higher scientific level and a more independent performance. As a professional group, both experienced and new midwives have a lot to offer to women, and our role should be continuously adjusted due to changing demands resulting from social changes and from scientific and technological developments.*

Key words: *midwife, social status, professional role, 21st century.*

Introducción

La asistencia al parto por una comadrona se encuentra entre las más antiguas profesiones del mundo, pero ha sido también una de las que más cambios ha experimentado, de hecho, lo que surge como actividad compasiva de ayuda entre mujeres, con el paso de los siglos, va convirtiéndose en oficio hasta llegar a la definitiva profesionalización. El status social y clínico de las comadronas griegas hacia el año 500 a. de C. era elevado, pero en la Europa occidental, en épocas premedievales, las comadronas ocupaban una posición humilde y a menudo no reconocida. Esta situación relegada podría atribuirse al bajo status de las mujeres en aquella época y a su exclusión de la educación (1).

La historia de la profesión de matronas es la Historia de la Civilización misma y de la obstetricia, pues esta toma su nombre de *obstetrix* que así es como se llamaba en Roma a las parteras.

La palabra obstetricia deriva del latín *obstetrix*, que significa comadrona. Pero la etimología de *obstetrix* es oscura. La mayor parte de los diccionarios la derivan del verbo *obstare*, que significa estar al lado o delante de. El sentido lógico de esta derivación sería que la comadrona está al lado o delante de la parturienta (2).

Prima en la sociedad la imagen de una comadrona tradicional, limitada su asistencia al parto y, en muchas ocasiones, vista tan solo como ayudante del medico tocólogo.

Entre los cambios más importantes que han afectado a la profesión de matrona en los últimos tiempos destacan de forma directa la adquisición del rango universitario de los estudios de enfermería, la ampliación y adecuación a las normativas europeas del programa de especialización en asistencia obstétrico-ginecológica (matrona), el impulso y crecimiento de un cuerpo de conocimientos propio; a nivel general, la profesión se ha visto influenciada por la aparición de nuevas profesiones en materia de salud, la especialización, el desarrollo tecnológico y su impacto en la profesión, la creación de lenguajes y sistemas de información estandarizados y la aparición de nuevas formas de gestión de los servicios de salud.

La Confederación Internacional de Matronas (*International Confederation of Midwives*, ICM) define a la matrona como "una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no solamente para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud". El término matrona se refiere a todas las personas, hombres y mujeres, que ejercen la profesión de matrona (3).

El punto de vista jurídico nos lo ofrece la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias, en la que se establece claramente cuáles son y, sobre todo, no son profesiones sanitarias. Artículo 2. Profesiones sanitarias (4).

Por ende y de conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable (5).

La realidad del desempeño de las funciones que las matronas españolas en relación con las especificaciones académicas y funcionales descritas anteriormente, ponen de manifiesto la disparidad con que nosotros mismos nos vemos como profesión y cómo lo hacen los ciudadanos.

Todo esto nos lleva a preguntarnos: ¿qué conocimiento de la profesión de matrona tiene la sociedad? ¿Cuál es la percepción social de la profesión?

En consecuencia, el objetivo general de nuestro trabajo es describir la visión de la mujer española sobre la profesión de matrona en el siglo XXI.

Material y metodología

Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre la visión de la mujer española hacia la profesión de matrona en el siglo XXI. La población objeto de estudio fueron 100 mujeres nacidas entre 1933-1995, pertenecientes a las Áreas de salud de Coria (Cáceres) y Segovia III.

El estudio se llevó a cabo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2013, y la participación de los sujetos se determinó basándose en los siguientes criterios:

- Nacidas entre 1933-1995.
- Nacidas en España.
- Ser madres (mínimo un hijo).

El tamaño de la muestra fue determinado por los investigadores en 100 mujeres, 50 mujeres por cada área de salud.

La recogida de información se efectuó mediante un cuestionario validado, autocumplimentado y anónimo, de 15 preguntas, para cuya elaboración se hizo una revisión bibliográfica previa en las principales bases de datos.

El cuestionario se entregó a cada una de las mujeres que acudieron a la consulta de su matrona y cumplían los criterios de inclusión en el estudio, eligiendo como muestra para los primeros 50 cuestionarios que se devolvieron perfectamente cumplimentados de cada zona da salud. Se realizó un muestreo aleatorio no consecutivo, a lo largo de un periodo de seis meses. Los cuestionarios fueron recogidos en sobre cerrado, contando previamente con la aceptación de las participantes de su inclusión en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado en el que se les explicaba la naturaleza de este y se les garantizaba la confidencialidad y el anonimato del mismo.

En dicho cuestionario se recogieron preguntas como quiénes son los profesionales matrona, qué hacen los profesionales matrona, actividades que realiza la matrona, y lugar de trabajo, opinión de los usuarios de los profesionales matrona, etc.

El análisis estadístico del estudio se desarrolló cotejando las respuestas de las mujeres con las halladas en la bibliografía. Entre las encuestadas había diferencias de edad, sin embargo, tenían similares características dentro del grupo.

Los datos obtenidos fueron agrupados por temas y posteriormente se seleccionaron las frases con significado completo que podían servir para el estudio. La descripción de los datos cualitativos fue procesada en forma de porcentajes.

Resultados

Se distribuyeron 120 cuestionarios, de los que fueron estudiados 100 (83,33%). El 16,67% restante corresponde a mujeres que no entregaron el cuestionario, lo entregaron incorrecta o confusamente cumplimentados.

¿Quiénes son profesionales matrona?

Género

Las personas que participaron opinan que los profesionales matrona son en su mayoría mujeres. La razón que alegan es porque siempre ha sido así (componente histórico) y porque las mujeres hasta hace muy poco tiempo, e incluso hoy en día, han sido y siguen siendo las encargadas de cuidar a los miembros de su familia o ancianos (componente social). Entienden que este es un hecho normal en el ámbito familiar que se traslada al laboral, circunstancia que refleja la profesionalización de los cuidados.

Añaden que aunque las diferencias de género son grandes, estas cada día son más pequeñas. El 88% de las mujeres encuestadas opinó que puede haber matronas hombres, frente al 5% que no. Hubo un 7% de mujeres que no supieron dar respuesta.

Autonomía

Las usuarias encuestadas creen que la cualificación de las matronas es superior a las tareas que realizan, aunque muchas de ellas creen que simplemente hacen tareas técnicas o derivadas de órdenes médicas.

Formación

Un 94% considera que se necesita algún estudio especial para ser matrona, un 1,7% considera que no necesita ningún tipo de estudio y un 4,3% desconocía la respuesta.

Las usuarias en general saben que se trata de una profesión con estudios universitarios de grado medio. Se da la circunstancia curiosa de que una de las encuestadas dejó reflejado en su cuestionario un bosquejo de los requisitos exigibles para el acceso a estos estudios a principios de siglo que según recoge la bibliografía eran: impartidos en Casas de Matronas o en hospitales con sala de partos y en cuanto a las aspirantes se les requería "tener más de 20 años, la primera enseñanza completa, estar casada (en ese caso se precisaba la autorización de su marido) o viuda, y además un certificado de buena conducta expedido por el párroco (7)". Un 49,2% de las mujeres pensó que la formación de la matrona tenía carácter universitario, mientras que la opinión de un 24,2% se mostró dividida entre las que creyeron que son de formación profesional o bachillerato. Hubo un 26,6% que mujeres que desconocían el nivel de estudios requerido para ser matrona (Gráfico 1).

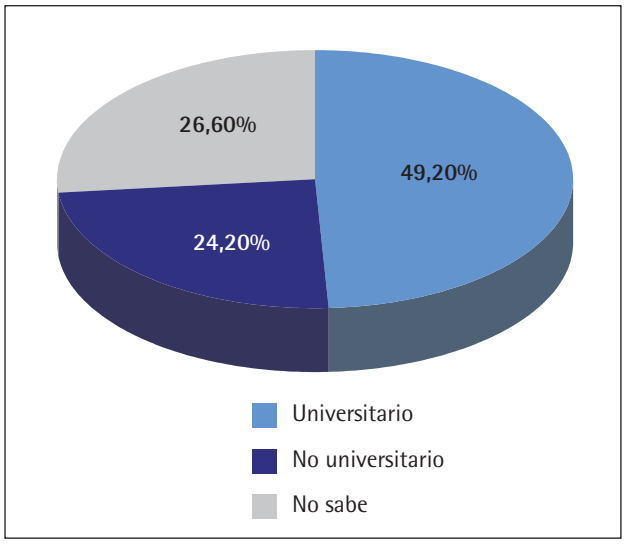

Gráfico 1. Cualificación académica

Un 46,2% respondió que la formación como matrona es una especialidad de enfermería, un 23,3% que es una especialidad de medicina, el 19,95% que era una especialidad de auxiliar de enfermería y el 10,6% desconocía la respuesta, similar a lo reflejado en el estudio de Castellote y cols. (8) (Gráfico 2).

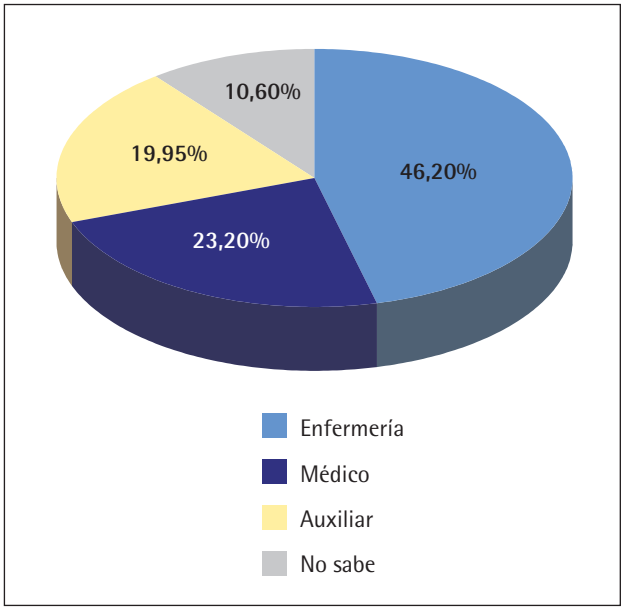

Gráfico 2. Especialidades

En cuanto a la duración de los estudios resultó que un 49,4% manifestó desconocer la respuesta, un 18,8% opinó que los estudios de formación tenían una duración entre seis meses y un año, y el 31,7% restante, que duraban entre dos y tres años (Gráfico 3).

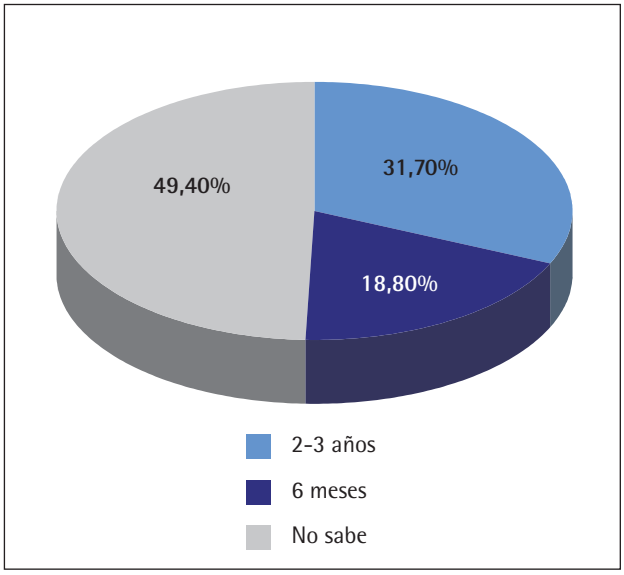

Gráfico 3. Duración de la formación

El 78,4% respondió que la formación de esta especialidad combina los aspectos teóricos con prácticos, el 12,2% estimó como necesaria únicamente una formación práctica, el 12% formación teórica y el 8,2% no supo la respuesta.

Estas mujeres encuestadas a principios de siglo XXI demostraron desconocer la diferencia entre los términos comadrona, matrona y partera, curiosa, esta simplemente la atribuyeron a un cambio de denominación según las variaciones de los planes de estudio.

Las opiniones recogidas denotan la diferencia de percepción entre la matrona titulada recientemente y la que lleva décadas ejerciendo la profesión, así las usuarias opinaron que actualmente terminan los estudios con una mejor preparación científico-técnica, aunque valoran la importancia de la experiencia que poseen las profesionales veteranas. En cuanto a la valoración de la preparación profesional de la matrona en una escala numérica del 1 al 5 (donde 1 era preparación nula y el 5 una preparación excelente), un 4,3% de los encuestados puntuaron entre 1 y 2, el 22,3%, otorgaron un 3, y un 55,2% consideraron el valor de 4 o 5. El 18,2% no supieron puntuar este ítem (Gráfico 4).

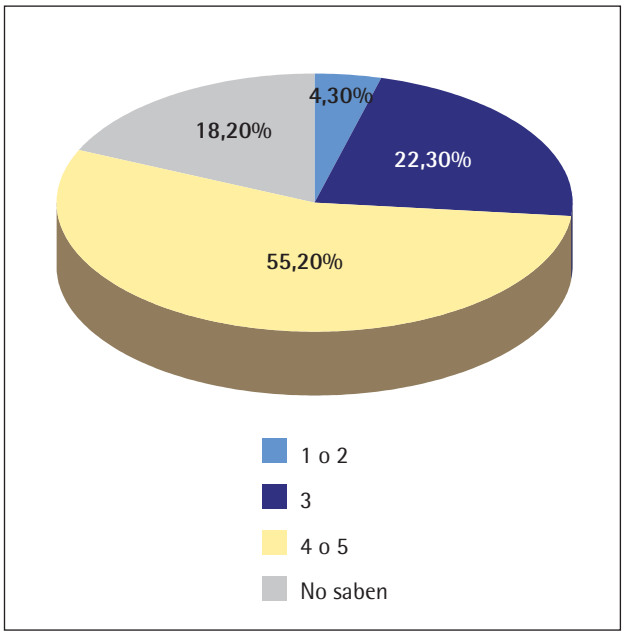

Gráfico 4. Preparación profesional

Apreciación social

De la profesión de matrona, opinan, que es una profesión "bien vista", valorada socialmente. Así mismo expresan que es una profesión que requiere vocación, esmero y buena voluntad para desempeñarla bien, lo que alguna de las participantes apostilla con frases como: "*Si no, que nos haga el favor de dedicarse a otra cosa.*"

Un gran porcentaje de participantes comentaron que tanto a las comadronas como a las curiosas, se las trataba de "señora" o "doña" y eran muy consideradas. Este tratamiento era una manera que tenían las gentes de manifestar su respeto y gratitud hacia esas mujeres. Era una figura importante para el pueblo, se puede afirmar que la comadrona, matrona (con título) o partera-curiosa (sin titulación) de la zona, era considerada como una institución dentro de la comunidad, con un grado de reconocimiento, distinción o caché, como decimos actualmente, elevado, aunque únicamente las primeras percibían retribución económica por sus servicios. Este hecho venía determinado por el reconocimiento del estatus académico que tenían las comadronas, no en vano poseían un título oficial que les avalaba para ejercer como tales, mientras que las curiosas no (10).

La bibliografía contrasta y diferencia la labor de las comadronas (que poseían un título oficial) y las curiosas (mujeres sin título, pero con ciertas habilidades para el ejercicio de esta práctica). En los dos casos se trataba de personal femenino. La comadrona solía atender los partos "de la gente más pudiente" de los pueblos, mientras que las capas más populares eran asistidos por la curiosa (9).

Un 51,1% afirmó haber tenido contacto con la matrona, y un 45,1% no sabía si lo había tenido o no. Un 3,8% expresó no haberlo tenido (Gráfico 5).

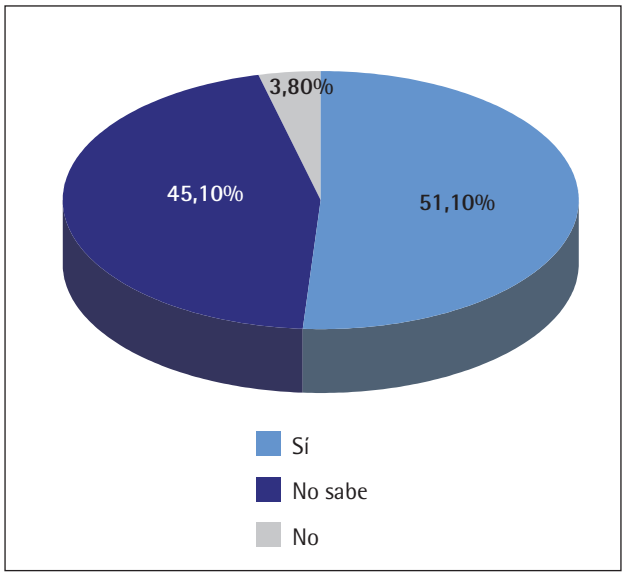

Gráfico 5. Duración de la formación

Qué hacen los profesionales matrona

A inicios y mediados el siglo XX, durante los meses que duraba la gestación, la embarazada no recibía atención alguna de la comadrona o matrona, o en su defecto de la curiosa. Su asistencia se limitaba al momento del parto. Bien es cierto que los cuidados de las comadronas se prolongaban un poco más en el tiempo que el de las curiosas. En los días posteriores al nacimiento, ellas eran las encargadas de visitar a la madre y velar por su salud y la de la criatura. Aunque tanto comadronas como curiosas dejaban que la madre fuera la verdadera protagonista del parto, interviniendo lo mínimo en el proceso natural. A finales del siglo XX, es la profesional de obligada referencia para la mayoría de las mujeres embarazadas. La matrona está pues, desde el primer momento, en contacto con la mujer embarazada, quien actúa como "consejera" sobre los asuntos y cuestiones relativos al embarazo y parto (11).

Actividades que realiza la matrona

Cabe destacar que el 88,5% de las mujeres creyó que es una actividad de las matronas la preparación al parto, porcentaje que descendió a un 68,6%, cuando se preguntó por la educación maternal.

Igualmente hay un 74,3% de mujeres que pensaba que es función de la matrona la revisión de la episiotomía, y tan solo un 54% de ellas sabía que la realiza y sutura.

Hubo un grupo considerable de mujeres que creyó que las matronas realizan ecografías y cesáreas.

El 83% de las mujeres pensó que las matronas informan sobre la lactancia materna (LM), sorprendentemente encontramos que un 56,8% no las consideran capaces de solucionar problemas relacionados con este tema (Tabla 1).

Tabla 1. Actividades que realiza la matrona

Obstetricia	% Sí	% No	% NS
Educación maternal	68,6	18,2	13,2
Preparación al parto	88,5	5,3	6,2
Consulta de embarazo normal	67,9	27,3	4,8
Realizar ecografía	42,2	46	11,8
Asistencia al parto normal	93,8	4,1	2,2
Realizar cesáreas	18	75,3	6,7
Realizar y suturar la episiotomía	54	31,9	14,1
Revisión de la episiotomía	74,3	16,5	9,1
Atención al niño a nacer	77,5	18,2	4,3
Informar a la madre sobre LM	83	12,7	4,3
Solucionar problemas sobre LM	56,8	32,4	10,8
Visita domiciliaria a la puérpera	66,2	23	10,8

Las actividades dentro del campo de la ginecología fueron las más desconocidas. No consideran como actividades propias de la matrona la educación para la salud (EPS) en la menopausia en la planificación familiar, y la realización de citologías, como prevención de cáncer de cérvix (Tabla 2).

Tabla 2. Actividades que realiza la matrona

Ginecología	% Sí	% No	% NS
EPS sobre sexualidad	48	32,4	19,7
EPS en planificación familiar	54	31,9	14,1
EPS durante menopausia	25,7	60,7	13,7
Realizar citologías	46	45,3	8,6

Un 45,1% de las mujeres piensa que una de las actividades de la matrona es la investigación.

Un 44,6% cree que otra competencia de las matronas es la dirección de enfermería, un 16,1% se manifestó en contra de esta facultad, mientras que un 39,3% desconocía la posibilidad de esta opción (Tabla 3).

Tabla 3. Actividades que realiza la matrona

Otros	% Sí	% No	% NS
Investigar	45,1	30,7	24,2
Impartir clases en EUE	55,2	20,1	24,7
Dirección de enfermería	44,6	16,1	39,3

En cuanto a la asistencia de un parto eutócico en un hospital público, únicamente un 35,7% de las mujeres encuestadas respondió que lo atienden las matronas, el 32,4% contestó que es el médico y un 13,4% de ellas opinó que lo atienden ambos. Los porcentajes cambiaron cuando se les formuló la misma pregunta referida al hospital privado, un 14,6% contestó que lo asiste la matrona, un 47,2% que el médico, y el 20,9% opinó que ambos, lo que concuerda con los datos de Becerra y cols (12).

Respecto a su lugar de trabajo

En cuanto al conocimiento de los lugares de trabajo donde la matrona desempeña sus actividades nos encontramos con los siguientes porcentajes:

- Un 73,6% respondió afirmativamente que las matronas trabajan en los centros de salud, frente a un 19,2% que negaba esta posibilidad, y un 7,25% declaraban desconocer este punto.
- Un 28,3% opinó que trabajan en colegios e institutos, mientras que un 53% pensó que no, y el resto 18,7% desconocía la respuesta.
- Un 27,6% afirmó que la matrona puede desarrollar su actividad en instituciones administrativas, mientras que un 44,6% se manifestó en contra y un 27,8% desconocía la respuesta.
- El 97,8% consideró que podía realizar sus actividades en los hospitales y maternidades. Solamente el 2,2% consideró que no (Tabla 4 y Gráfico 6).

Tabla 4. Lugares donde trabaja la matrona

	% Sí	% No	% NS
Centro de salud (CPS)	73,6	19,2	7,2
Colegios e institutos	28,3	53	18,7
Ministerio de Sanidad	27,6	44,6	27,8
Hospitales y maternidades	97,8	2,2	0

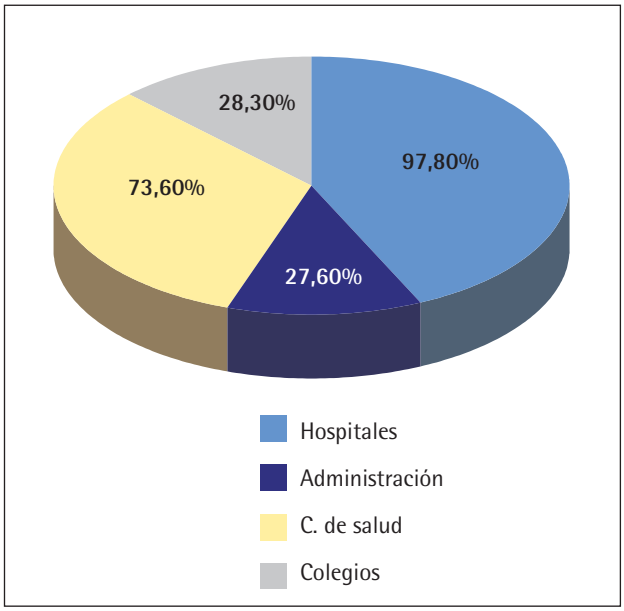

Gráfico 6. Lugar actuación de la matrona

Qué opinan las usuarias de los profesionales matrona

Las mujeres coinciden en afirmar que la relación con las matronas se realiza de una manera personal, se produce un contacto directo y de confianza entre ellas y las usuarias.

Las usuarias en un hospital o centro de salud son personas que se encuentran en una situación desconocida para ellas, con un alto grado de ansiedad y miedo. Las matronas, como ellas mismas han comentado, no solamente son quienes les reciben sino quienes por más tiempo les acompañan. La mujer valora esa primera acogida que se le dispensa y muy especialmente el trato que reciben de estas durante su permanencia en un servicio. Este trato es estimado como una de las cosas más importantes en los ingresos hospitalarios por patología gravídica, por ejemplo.

En cuanto al ejercicio del trabajo de matrona, y dado que es un trabajo desarrollado por y para personas, los usuarios consideran que debe ser elegido por vocación personal del profesional. Si esto no se ha hecho de forma voluntaria y convencida, el trato y el comportamiento del profesional serán mucho más negativos para el paciente.

Consideran imprescindible la comunicación y el buen trato, incluso más que una técnica realizada ortodoxa y eficientemente. Se refleja en los cuestionarios su percepción del trato más amable de las matronas jóvenes. Esto lo justifican aludiendo al propio desgaste que sufren los profesionales, al ser esta una profesión con una carga de trabajo grande y constante, y en contacto permanente con personas.

El déficit de matronas que existe por la falta de formación durante los últimos años, al igual que Bachiller y cols (13) creemos que ha influido negativamente en la imagen social que se tiene de estos profesionales.

En relación con el grado la atención de la matrona para satisfacer las necesidades y expectativas de la mujer, las respuestas obtenidas fueron: la satisfacción global con los cuidados de la matrona fue puntuada por el 64,45% de la muestra con 9 o 10, con 7 u 8 el 26,1%, con 5 o 6 por el 6,3%, y entre 1 y 4 por el 3,3%. La puntuación media correspondiente a este ítem fue de 8,62 (14).

Discusión

El cuestionario fue cumplimentado por mujeres usuarias de sistema de salud, que dieron a luz ya en el siglo XXI. Tras el análisis de las opiniones, se puede afirmar que las diferencias fueron notables.

La participación fue muy buena. Todas las personas aportaron opiniones. Sin duda alguna realizar este cuestionario ha sido fundamental para conseguir este tipo de información.

Con los cuestionarios se ha pretendido recabar la opinión general y así llegar a conclusiones propias y comparar estos resultados con los de la bibliografía existente al respecto, al objeto en primer lugar, de reflexión para el colectivo, e incluso como punto de partida para un estudio posterior más completo sobre el tema.

Nuestra hipótesis de trabajo, escaso conocimiento de la profesional matrona, se ha visto secundada con los resultados obtenidos que confirman un importante desconocimiento tanto en lo relacionado con la cualificación profesional, como de las actividades que lleva a cabo y los lugares donde trabaja.

La mayoría de las mujeres desconocen el tipo de preparación: en cuanto a estudios requeridos y duración de estos; desconocen el nivel académico que poseen y su consideración de especialistas de enfermería. Se percibe a las matronas como colectivo profesional sanitario distinto e independiente al de enfermería, lo que llamó la atención, puesto que ya desde el año 1957 quedaron establecidos por real decreto que los estudios de matrona fueran una especialización de enfermería (15).

En cambio, son pocas las mujeres que ven la profesión exclusivamente femenina, cuando no se autorizó hasta el año 1980 la supresión de la limitación que existía por razón de sexo para acceder a dichos estudios (16).

Es satisfactorio poder afirmar que la puntuación que dan a la preparación profesional es alta. En relación con las actividades desarrolladas por las matronas propias del campo de la ginecología, son las más desconocidas, lo que no es de extrañar, pues muchas de estas no son llevadas por matronas todavía; en muchos casos porque hay competencias no han sido incluidas en su cartera de servicios, en otras ocasiones por excesiva carga asistencial y falta de tiempo, y en otros casos totalmente censurables, por ser las propias matronas las que se limitan a las actividades obstétricas. A modo de "alegato exculpatorio", hay que tener en cuenta que hasta que se aprueba el nuevo plan de estudios para la obtención del título de enfermera especialista en obstetricia-ginecología, vigente a partir del año 1992 (hecho oficial tras su publicación en 2009) (17), la formación que recibían las matronas era exclusivamente del área de la asistencia obstétrica (15).

En general, las actividades dentro del campo de la obstetricia son más conocidas, pero ha resultado sorprendente advertir que siendo la asistencia al parto la actividad tradicional de la matrona, muchas mujeres desconozcan que son ellas las que atienden los partos en los hospitales públicos. Es curioso que mientras la mayoría de mujeres conoce que es una actividad de matrona la revisión y cuidados de la episiotomía durante el puerperio, casi la mitad de ellas creen que no fue la matrona quien la practicó y la reparó. Esto nos lleva a pensar que la mujer no sabe quien le está atendiendo en el momento del parto, fundamentalmente porque no estamos debidamente identificados y/o no nos presentamos de forma correcta. Sin embargo, sí saben que si deciden parir en clínicas privadas serían atendidas por el médico.

También nos ha resultado significativo que se vea a la matrona como informadora de la lactancia materna, pero bastante menos capaz de solucionar problemas que puedan tener las mujeres sobre ese tema.

Aunque las clases de educación para la salud dirigidas a las mujeres embarazadas y sus parejas que llevan a cabo las matronas en los centros públicos de salud (CPS) son más amplias que la mera preparación al parto, es mucho más conocido este término que el de educación maternal, lo que es debido a que esta terminología se utilice y no siempre, desde hace mucho menos tiempo.

En cuanto a los lugares de trabajo en que las matronas pueden prestar su asistencia, las mujeres lo reducen a hospitales y clínicas de maternidad, conociendo poco las actividades que puede llevar a cabo en lugares docentes o administrativos. Destacamos que aunque la mayoría de mujeres piensa que las matronas trabajan en los CPS, hay un porcentaje de ellas nada despreciable que cree que no, lo cual nos llama la atención teniendo en cuenta que la Atención Primaria (AP) lleva tres décadas implantada en España y la matrona, desde ese momento del arranque de la AP en el año 1984 y a pesar de los intentos por dejarla fuera, ha formado parte del equipo de la misma (cierto es que a día de hoy en algunas CC.AA. se sigue sin dotar a todos los centros de salud de matrona) (18).

La figura de la comadrona de zona está todavía muy presente según las anotaciones recogidas en los cuestionarios. Su labor es considerada como eminentemente técnica y de ellas destacan un nivel de empatía, proximidad y confianza sobresalientes, debido a que en la mayor parte de los casos, incluso previo al embarazo o al parto, estas profesionales eran conocidas en sus zonas y casi siempre eran las que de forma exclusiva se dedicaban a la atención al parto. Trabajaban en el medio extrahopitalario, en los domicilios y sus actuaciones tendrían mayores competencias a medida que adquirían lo que denominamos "oficio", o sea experiencia, en una carrera entregada en la que no faltaban actuaciones especialmente complicadas, solas y con escasísimos medios a disposición. Reiteramos que el juicio de su alta consideración social estaba fundado en la cercanía con las familias, eran conocidas por generaciones, e incluso por la exclusividad, circunstancias diametralmente opuestas a las actuales en que una gestante a lo largo de un parto puede ser atendida por más de un profesional matrona (sin contar cuantos otros: auxiliares, celadores, residentes, etc., encuentra a su alrededor), con los que por añadidura no ha entablado relación previamente, y además la atención al parto se ofrece en el medio hospitalario desconocido para ella y cuando menos inquietante.

Respecto a las funciones que desempeñan las matronas, la opinión varía mucho según la edad de las entrevistadas. Las más jóvenes conocen y valoran mucho más su función. Describen a la matrona como una persona competente con funciones propias, las cuales no son únicamente importantes y necesarias, sino también, realizadas con autonomía y sujetas a responsabilidad.

Afirmamos que cuanto más a fondo se conoce su labor, mejor valorada es; ya que la diferencia de apreciación ha sido notable.

Se deduce de este estudio y de las fuentes consultadas, que las matronas deberían darse a conocer más ante la sociedad, a fin de que los cuidados se conviertan en algo tan natural como imprescindibles para las mujeres y para el Sistema de Salud. Cierto es que por diversos motivos sigue siendo una profesión mayoritariamente femenina, pero la desigualdad de género que aún persiste en nuestra sociedad no debiera amedrentar, sino más bien al contrario, seguir creciendo e investigando, transitando por la modernidad; conseguir el justo reconocimiento profesional por parte de usuarios y administraciones de salud, algo que mejorará con una mayor visibilidad social, pero ineludiblemente si esto se produce unido a una oferta exclusiva de servicios de calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva.

A pesar de evidenciar que nos falta mucho por hacer en cuestión de marketing social de la profesión, como se deduce de este y tantos otros estudios similares, creemos que en los últimos años la imagen que la sociedad tiene de la matrona ha variado, porque, por una parte, ciertamente la actividad de las matronas lo ha hecho también. Desde que se iniciara la Atención Primaria en España han transcurrido aproximadamente 30 años con matronas ejerciendo en los centros de salud y desempeñando otras actividades distintas a la atención al parto, como es el control del embarazo en consulta propia o la participación en otros programas de salud de la mujer en los que es bastante explícito del papel de las matronas.

Por otra parte, destacar la labor ejemplar de la Asociación Española de Matronas, que ha sido pionera en hacer marketing destinado a publicitar la imagen de la misma, mediante el lanzamiento de campañas desde la década de los 90, que van desde intervenciones en los medios de comunicación hasta campañas concretas, ejemplo de ellas son: la campaña denominada "La identificación de la matrona" (1995), "Los consejos de tu matrona" (desde 1995 hasta la actualidad) "El gorrito de mi bebé" (1997), "Campaña de seguridad vial" (2002), "Ponga una matrona en su vida" (2004) que recibió el reconocimiento internacional en el XXVII de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), etc. (19).

En relación con el tema, se destaca, por lo certero y adelantado, la intervención que realizó la presidenta de la Asociación Española de Matronas, Mª Ángeles Rodríguez Rozalén en el 22 Congreso de la Confederación Internacional de Matronas en Kobe, Japón, ya en 1990. En su ponencia titulada "Matronas, una profesión en riesgo de quiebra" anticipaba esta decreciente consideración social de la profesión que se ha ido observando desde que los partos fueron trasladados del hogar al hospital y la necesidad en conse-

cuencia, de hacer campañas de imagen para que la sociedad conociera a este grupo profesional y lo valorara justamente (20).

A modo de colofón de este apartado, rubricando los hallazgos de este trabajo y la hipótesis inicial de los autores, transcribimos una cita de una ponencia titulada "Matronas y Medios de Comunicación": en los últimos 50 años la imagen y actividad de la matrona se ha ido diluyendo del imaginario social. Una gran mayoría cree que su campo profesional exclusivamente es la atención a los partos, ahora realizados en instituciones sanitarias y muchos, más jóvenes, desconocen su existencia, y por tanto, la formación universitaria que poseen y su función a lo largo de todo el ciclo reproductivo de la mujer. Los medios de comunicación sitúan en primer plano a las matronas cuando publican noticias, siguiendo la tendencia generalizada en España de judicializar la sanidad, de difundir demandas contra ellas, sin embargo, y como resulta obvio, las matronas necesitan ser noticia no por las incidencias no deseables sino por los constantes aciertos en su labor cotidiana o las políticas de publicidad de sus asociaciones líderes (21).

Conclusión

En conclusión, las mujeres saben poco de las matronas. Es preciso que cambie esta situación por lo que es muy necesario tomar medidas adecuadas para la promoción de la profesión. Todo el colectivo profesional, veteranas y nuevas matronas, tiene mucho que ofrecer a las mujeres y es condición *sine qua non* mantener la adaptación constante frente a la cambiante demanda social, científica y tecnológica que se produzca, sin perder la identidad profesional, y a pesar de la creciente participación de otros profesionales en el equipo de atención multidisciplinar de atención a la salud de la mujer.

Se debe "vender" mejor quiénes somos y lo que hacemos, y esto es responsabilidad de todos. A la par, el esfuerzo colectivo ha de dirigirse a conseguir la implementación de todas las competencias y la plena autonomía funcional en el marco de estas en el quehacer profesional, para que la intervención en la asistencia a la mujer sea tan real y completa, como la que estipula la ley, y tan eficaz, como para que las mujeres lleguen a considerar a la matrona como el profesional sanitario clave para su salud sexual y reproductiva; sería deseable que al unísono, las matronas como colectivo, consigan el justo ascenso en el posicionamiento de poder dentro del organigrama de las profesiones sanitarias.

Bibliografía

1. Towler J, Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Barcelona: Masson; 1997. p. 201-213.
2. Hellman Louis M, Pritchard Jack A. Williams Obstetricia. Barcelona: Salvat; 1973. p. 1.
3. ICM. Core documents. International Definition of Midwife 2011. [En línea] [fecha de acceso: 18 de agosto de 2014]. URL disponible en: http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Definition%20of%20the%20Midwife%20-%202011.pdf
4. Ley 44/ 2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las profesiones sanitarias. Artículo 2. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. p. 41442-41458.
5. Constitución española. Artículo 36. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, p. 29313-29424.
6. Censo y Empadronamiento La Lastrilla 2008.
7. Cuadri Duque MJ. Antecedentes históricos de la formación de las matronas. Híades 1999; IV(5-6):261-270.
8. Castellote Vázquez E, De las Heras Estepa B, Ruiz Crespo G, Sobrino Vega C. ¿Conocen las mujeres usuarias de los centros de salud de la Comunidad Autónoma de Madrid? Revista Matronas Hoy 2000.
9. García Martínez MJ, García Martínez AC. Fechas clave para la historia de las matronas en España. Híades 1999; IV(5-6):243-260.
10. Gómez Ruiz MD. Matronas, ¿cómo ha evolucionado la profesión? Rev ROL enferm 1997; 20(211)71-74.
11. Iboleón López MC. Matronas en la segunda mitad del siglo XX. Diferencias formativas y su impacto social. Híades 2008; 2(10): 1071-88.
12. Fernández Becerra MP, López García J. La matrona hospitalaria frente a la sociedad actual. Revista Evidencia 2005; 161-170.
13. Bachiller Ramón C. Estudio de opinión sobre la imagen de la matrona en Madrid. Matronas Hoy 1995; 5:18-23.
14. Ortega Pineda R, Sánchez Martínez G. García Ruiz-Castillo A, Sánchez Perruna MI. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? Rev ROL enferm 2001; 24(4):290-299.
15. Decreto A-1957-2051, de 13 de enero, por el que se establece la especialización de matronas para los ATS femeninos. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 43 de 12 de febrero de 1957, p. 832.
16. Real Decreto A-1980-23297, de 26 de septiembre, por el que se modifica el de 18 de enero de 1957, que estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 258, de 27 de octubre de 1980, p. 23928.
17. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 129, de 28 de mayo de 2009, p. 44697-44729.

18. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 27, de 1 de febrero de 1984, páginas 2627-2629.

19. Web Asociación Española de Matronas. Campañas. [En línea] [fecha de acceso: 18 de agosto de 2014]. URL disponible en: http://www.aesmatronas.com/campanas.html

20. ICM. Proceedings 22nd International Congress ICM. Kobe, Japan; 1990. p.124-126.

21. Revista del Colegio de Enfermería del Principado de Asturias. XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Matronas. Matronas y Medios de Comunicación. Nº 240 de febrero de 2009.

enfermeria21
Grupo Paradigma

NUEVO PORTAL

Portal líder en información para estudiantes y profesionales en enfermería

Biblioteca Digital Textos y documentos encuentr@
Test de enfermería aulaeir Pack de revistas
Apuntes **Comunidad Metas** Tienda on line
auladae Información de estudiantes aulaope
Diario Dicen Ofertas de empleo Congresos

auladae Grupo Paradigma | aulaeir Grupo Paradigma | aulaope Grupo Paradigma | bibliotecadigital Grupo Paradigma | encuentr@ ENFERMERÍA INTELIGENTE

www.enfermeria21.com

Lactancia materna *versus* otros métodos no farmacológicos como alivio del dolor en el recién nacido

[1] Esther Conde Puertas
[2] Inmaculada Hernández Herrerías
[3] Elena Conde Puertas

[1] *Matrona. Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Servicio Andaluz de Salud. Máster en Investigación y Avances en Medicina Preventiva y Salud Pública.*
[2] *Matrona. Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente. Almería.*
[3] *Pediatra. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Servicio Andaluz de Salud.*

E-mail: esthercpu@gmail.com

Resumen

Los recién nacidos son sometidos desde su nacimiento a numerosos procedimientos dolorosos, siendo el manejo de este dolor esencial por parte de los profesionales sanitarios encargados del cuidado del mismo.

El objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad de la lactancia materna como procedimiento para aliviar el dolor en los recién nacidos sometidos a procedimientos dolorosos, comparándolo con los distintos métodos no farmacológicos disponibles. Para ello, se presenta una revisión de la evidencia científica actual sobre el tema.

Los resultados de los diferentes estudios muestran cómo la lactancia materna es un medio efectivo para reducir el dolor del bebé, mostrándose como el más eficaz entre los distintos métodos no farmacológicos, aportando además otros beneficios como el refuerzo de la lactancia materna y la participación activa de la madre en el cuidado de su hijo. Por tanto, se debería implementar el amamantamiento como práctica habitual para el alivio del dolor en los neonatos que son sometidos a procedimientos dolorosos menores. Cuando la lactancia materna en sí misma no es posible, debería considerarse como alternativa el suplemento de leche materna.

Palabras clave: lactancia materna, dolor, manejo del dolor, recién nacido, analgesia.

Abstract

Breast feeding versus other non-drug methods for pain relief in newborns

Newborns undergo a number of painful procedures after birth; pain management by healthcare workers has a critical role in newborn care.

The present review aimed at evaluating effectiveness of breast feeding for pain relief in newborns undergoing painful procedures, compared to various non-drug methods currently available. A review of current scientific evidence is reported.

A number of studies have shown that breast feeding is an effective way to relieve pain in newborns. Breast feeding was the most effective among non-drug methods, with some additional benefits being achieved, such as an enhancement of breast feeding and active mother's involvement in newborn's care. Thus, breast feeding should be implemented as a routine practice for pain relief in newborns undergoing minor painful procedures. When breast feeding per se is not feasible, maternal milk supplements should be considered as an alternative method.

Key words: *breast feeding, pain, pain management, newborn, analgesia.*

Introducción

Los recién nacidos son sometidos desde su nacimiento a numerosos procedimientos dolorosos como la profilaxis hemorrágica con vitamina K, inmunizaciones como la vacuna de la hepatitis B o la incisión del talón para el cribado neonatal.

Durante años existió la falsa creencia de que el recién nacido, debido a su inmadurez biológica y su incapacidad para verbalizar y expresar el dolor, percibía menos ese dolor y lo toleraba mejor, siendo incapaz de recordarlo. Este hecho ha motivado en muchas ocasiones la no preocupación por el mismo y su tratamiento insuficiente. Actualmente, está totalmente demostrado a través de diversas investigaciones que esto es falso, pues las estructuras anatómicas, fisiológicas y neuroquímicas que transmiten el dolor están desarrolladas mucho antes del nacimiento (1-3), por lo que las respuestas corticales a estímulos nocivos pueden ser demostradas incluso en los grandes prematuros (4).

Sin embargo, ocurren importantes cambios funcionales y estructurales en las vías neuronales nociceptivas durante el periodo posnatal, por lo que el dolor no evoca el mismo patrón de actividad en el sistema nervioso del recién nacido que en el del adulto. De esta manera, en lugar de percibir menos el dolor como se pensaba antiguamente, el relativo exceso de los mecanismos excitatorios y una retrasada maduración de los mecanismo inhibitorios, pueden producir incluso una respuesta más generalizada y exagerada ante un estímulo doloroso de menor intensidad, presentando un menor umbral del dolor cuanto menor es la edad gestacional del niño (1,4,5).

Además, debido a la incrementada plasticidad del sistema nervioso en desarrollo, el dolor en la edad temprana podría tener consecuencias tanto a corto como a largo plazo (4). El dolor no tratado durante esta etapa temprana de la vida puede causar efectos nocivos en el sistema nervioso central en desarrollo, dada su elevada plasticidad y, según algunos estudios, podría exagerar las respuestas afectivas y de comportamiento frente a posteriores estímulos o experiencias dolorosas (1,6,7). Esta alteración en la sensibilidad al dolor puede ser aminorada si se proporcionan medidas efectivas de alivio del mismo (8).

Además, los distintos cambios fisiológicos que se producen por el dolor pueden también contribuir al desarrollo de morbilidad en neonatos. Ante un estímulo doloroso, el recién nacido puede experimentar un aumento del catabolismo, del consumo de oxígeno, de la frecuencia cardiaca, tensión arterial, presión intracraneal, etc., consecuencias, entre otras, de un aumento en la secreción de hormonas del estrés (1).

Por todo ello, la prevención del dolor es importante no solo desde el punto de vista ético, sino también por las potenciales consecuencias de repetidas exposiciones al dolor.

Para ello, nos encontramos con diferentes estrategias no farmacológicas que pueden usarse para reducir el dolor en los neonatos que son sometidos a procedimientos dolorosos, como son el sostén, la succión, la estimulación sensorial (música), el contacto piel con piel, la administración de soluciones dulces (como la glucosa o sacarosa) y la lactancia materna (1,9,10).

En cuanto a la lactancia materna utilizada como alivio del dolor en el niño, seguramente una práctica desarrollada de forma intuitiva por las madres desde siempre, desde hace apenas unos años (2009) se la ha empezado a denominar en España "tetanalgesia".

Se atribuye al Dr. Manuel Merino Moína, pediatra del Centro de Salud "El Greco" (Madrid) y miembro del Grupo Previnfad/PAPPS la acuñación de la palabra "tetanalgesia", palabra inventada y consecuentemente inexistente en el Diccionario de la lengua española, de la Real Academia Española (DRAE), aunque el término tenga sentido etimológico y significado claro. Este expresa y define el acto de "aprovechar el efecto analgésico y de consuelo que tiene el amamantamiento cuando se realizan técnicas dolorosas a recién nacidos y lactantes pequeños como vacunaciones, extracciones sanguíneas, prueba del talón, etc." (11).

En consecuencia, para llevar a cabo el procedimiento solamente hay que colocar primero al niño al pecho y cuando esté bien enganchado y succionando adecuadamente, proceder a la realización de la técnica necesaria. Su mecanismo analgésico no es completamente conocido, aunque puede tener un origen multifactorial, en el que se interrelacionan diversos aspectos (12). Entre los componentes de la lactancia materna que pueden tener efecto analgésico se incluyen la presencia de una persona reconfortante (la madre), el contacto físico, la distracción de la atención, la succión y el sabor dulce de la leche (6,10). Pero además, según algunos estudios, el efecto modulador del dolor del amamantamiento parece estar mediado por mecanismos opiodes. La leche materna posee una serie de sustancias, como péptidos bioactivos con función opioide y, comparada con las fórmulas artificiales, una mayor concentración de triptófano, precursor de la melatonina, que aumenta la concentración de β-endorfinas (13,14).

Entre los distintos medios no farmacológicos para el alivio del dolor debemos, basándonos en la evidencia científica, aplicar unos u otros en función de las circunstancias, pero además es preciso considerar la no interferencia con la lactancia materna, ya que sería el procedimiento más natural, sin coste alguno y con múltiples beneficios añadidos.

Objetivos

El objetivo principal de esta revisión fue evaluar la efectividad de la lactancia materna como procedimiento para ali-

viar el dolor en los recién nacidos sometidos a procedimientos dolorosos, comparándolo con los distintos métodos no farmacológicos disponibles.

Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, SCOPUS, CUIDEN y Cochrane, de bibliografía reciente con las palabras clave "*breastfeeding*", "*pain*", "*pain management*", "*newborn*", "*analgesia*", unidos mediante el operador boleano AND, y sus correspondientes términos en español. Los criterios de inclusión fueron estudios aleatorizados o cuasialeatorizados, revisiones, metaanálisis y guías de práctica clínica directamente relacionados con el tema, publicados en los últimos 10 años. Se seleccionaron aquellos estudios que comparaban la lactancia materna o suplemento de leche materna *versus* no tratamiento, o frente a otro método no farmacológico de alivio del dolor.

Resultados

La búsqueda arrojó un resultado total de 128 artículos, de los cuales finalmente se seleccionaron 23 tras eliminar repeticiones y aquellos documentos que no cumplían los criterios de inclusión.

Los resultados de los diferentes estudios reflejan cómo la lactancia materna es un medio efectivo para reducir el dolor del bebé cuando es sometido a procedimientos dolorosos menores (5,6,10,12,15-25). Destaca una reciente revisión sistemática de la Cochrane, realizada en 2012, que demostró una reducción en los cambios de frecuencia cardiaca, reducción del tiempo de llanto, proporción del tiempo de este y mejoría en algunas puntuaciones de dolor para neonatos. Todo ello cuando se comparó con ninguna intervención, con el posicionamiento (envuelto y colocado en una cuna), sostén por la madre, placebo y con la sacarosa oral (10).

Otros estudios realizados posteriormente encuentran resultados concordantes (6,15-17). Entre ellos, un estudio realizado en 2013 por Marín Gabriel et al (15), que comparó el efecto analgésico de varios métodos no farmacológicos de alivio del dolor: lactancia materna (LM) junto al contacto piel con piel (CPP), sacarosa junto al CPP, CPP o sacarosa sola, en una muestra de 136 recién nacidos sanos sometidos a punción del talón para extracción sanguínea. El grupo LM+CPP consiguió un menor valor medio en la escala de evaluación del dolor neonatal NIPS *(neonatal infant pain scale)* comparado con los otros grupos. El porcentaje de neonatos con dolor moderado a severo fue también menor en el grupo de LM+CPP, sugiriendo que la lactancia materna, en adición con el CPP proporciona una analgesia superior a otros métodos no farmacológicos. Asimismo, un menor valor en la escala de dolor neonatal NIPS fue encontrada en otro estudio realizado por Mitra et al (16), en 2013, al comparar la lactancia materna frente a terapia con masaje o ninguna intervención.

Otro estudio clínico aleatorizado con 130 recién nacidos a término, realizado por Modarres et al (6), en 2013, examinaba también el efecto de la lactancia materna como alivio del dolor durante la vacuna de la hepatitis B en comparación con el sostén en los brazos de la madre, pero sin alimentarlo. Los resultados del estudio confirmaban que la lactancia materna es un medio efectivo para el alivio del dolor durante la inyección de la hepatitis B, mostrando un menor grado de dolor medido con una escala del dolor agudo en el recién nacido.

La Agencia para la Investigación en Salud y Calidad de EE.UU., en su Guía sobre el manejo no farmacológico de los procedimientos dolorosos en el niño, establece que la lactancia materna en sí misma es el método de elección para alivio del dolor. Refleja que en el caso de que la lactancia materna no sea posible sus componentes individuales pueden ser usados de forma separada (succión, sabor dulce, contacto físico) o, preferiblemente, de forma combinada (9).

Asimismo, en la Guía de Cuidados desde el Nacimiento del Ministerio de Sanidad (3), se recomienda como práctica el que en los recién nacidos a término, siempre que sea posible, se realicen los procedimientos dolorosos durante el amamantamiento (fuerza recomendación A).

Pero, además del principal beneficio del alivio del dolor y consuelo para el niño, la "tetanalgesia" posee beneficios para la madre e incluso para los profesionales sanitarios (Tabla 1).

Cuando la lactancia materna no es posible, bien por la no disponibilidad de la madre o dificultades en la lactancia materna, se debe considerar el uso de la leche materna extraída, lo cual ha mostrado calmar la experiencia dolorosa del recién nacido (9). Sin embargo, la eficacia de la leche materna sola no equivale a la lactancia materna, debido al sinergismo de los multicomponentes de la experiencia del amamantamiento. Al comparar con otros métodos presenta resultados variables, mostrando una eficacia algo menor que la lactancia materna en sí misma, aunque es una alternativa si la madre no puede llevarla a cabo (9,10). En la revisión de la Cochrane se muestra como los neonatos en el grupo de suplemento de leche materna tuvieron un menor incremento de la frecuencia cardiaca, reducción del tiempo de llanto y menores puntuaciones en la escala NFCS *(Neonatal Facial Coding System)* comparadas con el grupo placebo. Sin embargo, al comparar con la sacarosa, mostraban un mayor incremento de la frecuencia cardiaca (10).

La administración de la leche materna podría combinarse siempre que sea posible con la succión, mediante inmersión de un chupete en la leche, al igual que con la sacarosa, pudiendo aumentar su eficacia (9).

Tabla 1. Beneficios de la "tetanalgesia

Beneficios para el niño	• Alivio del dolor y consuelo • Reducción del estrés
Beneficios para la madre	• Actitud positiva y activa, aportando consuelo a su hijo • Incremento de confianza en relación con su habilidad para el cuidado del lactante y para el amamantamiento y consideración del valor sobreañadido de la lactancia materna • Reducción del estrés
Beneficios para el profesional sanitario	• Permite la visualización y evaluación de una toma, facilitando a la vez la intervención profesional (corregir errores en la técnica de amamantamiento, reforzar a la madre, etc.) • Reducción del estrés

Respecto a la sacarosa, muestra en algunos estudios una efectividad cercana a la lactancia, demostrando ser también un procedimiento no farmacológico sumamente válido para disminuir el dolor en el recién nacido, debido probablemente a la mayor concentración de azúcares (1,10,17). Muestra una reducción del llanto al comparar con el suplemento de leche materna u otros procedimientos (placebo, sostén, no intervención, uso de succión no nutritiva) (10). Pese a ello, es un método que podría interferir con el correcto comienzo de la lactancia materna (6).

Discusión/conclusiones

Entre los medios analgésicos disponibles para el dolor neonatal, la lactancia materna ha demostrado ser el método más eficaz. Es un medio natural, efectivo, sin coste adicional, de fácil disponibilidad y libre de efectos secundarios. Además, puede ser un estímulo adicional para que las madres lacten a sus hijos/as, promoviendo y apoyando la lactancia materna, facilita el vínculo madre-hijo y proporcionando ventajas psicológicas a esta en cuanto a su participación en la atención de su hijo.

Por tanto, se debería implementar la lactancia materna como práctica habitual para el alivio del dolor en los recién nacidos y lactantes pequeños que son sometidos a procedimientos dolorosos menores. Esta es una intervención que debería ser fácilmente adoptada por los profesionales de salud y los padres. Cuando el amamantamiento no es posible, debería considerarse el suplemento de leche materna como alternativa, ya que no interfiere el correcto desarrollo de la lactancia materna.

Bibliografía

1. Narbona López E, Contreras Chova F, García Iglesias F, Miras Baldo MJ. AEP. Manejo del dolor en el recién nacido. Asociación Española de Pediatría 2008. [En línea] [fecha de acceso 18 de agosto de 2014]. URL disponible en: http://www.aeped.es/protocolos/
2. Soriano Faura J. Analgesia no farmacológica: necesidad de implantar esta práctica en nuestra atención a recién nacidos y lactantes ante procedimientos dolorosos. Evid Pediatr 2010; 6:72.
3. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010.
4. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM, Working Group of the Australia and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. Acute Pain Management: Scientific Evidence. 3rd ed. Melbourne: ANZCA & FPM; 2010.
5. Tansky C, Lindberg CE. Breastfeeding as a pain intervention when immunizing infants. JNP 2010; 6(4):287-295.
6. Modarres M, Jazayeri A, Rahnama P, Montazeri A. Breastfeeding and pain relief in full-term neonates during immunization injections: a clinical randomized trial. BMC Anesthesiology 2013; 13:22.
7. Lago P, Garetti E, Merazzi D, Pieragostini L, Ancora G, Pirelli A et al. Guidelines for procedural pain in newborn. Acta Paediatr 2009; 98:932-939.
8. Barrington KJ, Batton DG, Finley GA, Walman C. Canadian Paediatric Society. Prevention and management of pain in the neonate: an update. Paediatr Child Health 2007; 12(2):137-138.

9. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Agency for Healthcare Research and Quality. Guideline summary. Non Farmacological management of procedure-related pain in breastfeeding infant. Breastfeed Med 2010; 5(6):315-319.

10. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; 12.

11. Merino Moína M, Bravo Acuña J. FAPa. "Tetanalgesia". Entre Nosotros 2009; 1(2).

12. Saitua Iturriaga G, Aguirre Unceta-Barrenechea A, Suárez Zarate K, Zabala Olaechea I, Rodríguez Núñez A, Romera Rivero MM. Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. An Pediatr 2009; 71(4):310-313.

13. Holsti L, Oberlander TF, Brant R. Does breastfeeding reduce acute procedural pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit? A randomized clinical trial. Pain 2011; 152:2575-2581.

14. Rodríguez Gómez JM. La leche humana, un alimento vivo: bacterias probióticas en la leche humana. Granada: Puleva Food; 2010.

15. Marín Gabriel MA, Del Rey Hurtado de Mendoza B, Jiménez Figueroa L, Medina V, Iglesias Fernández B, Vázquez Rodríguez M. Analgesia with breastfeeding in addition to skin-to-skin contact during heel prick. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2013; 98(6):F499-503.

16. Mitra SC, Saraz S, Khadijeh B. A comparative study on vaccination pain in the methods of massage therapy and mothers´ breast feeding during injection of infants referring to Navab Safani Health Care Center in Isfahan. Iran J Nurs Midwifery Res 2013; 18(6):494-498.

17. Goswami G, Upadhyay A, Kumar Gupta N, Chaudhry R, Chawla D, Sreenivas V. Comparison of Analgesic Effect of Direct Breastfeeding, Oral 25%, Dextrose Solution and Placebo during 1st DPT Vaccination in Healthy Term Infants: A Randomized, Placebo Controlled Trial. Indian Pediatrics 2012; 50:649-653.

18. Gray L, Miller LW, Philipp BL, Blass EM. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. Pediatrics 2002; 109(4):590-593.

19. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: randomized controlled trial. BMJ 2003; 326:1-5.

20. Codipietro L, Ceccarelli M, Ponzone A. Breastfedding or oral sucrose solution in term neonates receiving heel lance: a randomized controlled trial. Pediatrics 2008; 122(3):716-721.

21. Leite AM, Castral TC, Scochi CG. Can breastfeeding promote acute pain relief in newborns? Rev Bras Enferm 2006; 59(4):538-542.

22. Efe E, Ozer ZC. The use of breast-feeding for pain relief during neonatal immunization injections. Appl Nurs Res 2007; 20(1):10-16.

23. Dòrea JG. Breastfeeding is an essential complement to vaccination. Acta Paediatr 2009; 98(8):1244-50.

24. Gradin M, Finnstrom O, Schollin J. Feeding and oral glucose-additive effects on pain reduction in newborns. Early Human Development 2004; 77:57-65.

25. Leite AM, Linhares MB, Lander J, Castral TC, Dos Santos CB, Silvan Scochi CG. Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. Clinical Journal of Pain 2009; 25:827-832.

ENTREVISTA a la supervisora y matronas del Hospital Universitario Puerta de Hierro

El Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid) es un centro público perteneciente al Servicio Madrileño de Salud. Inaugurado en 1964, cumple desde entonces una triple función: asistencial, docente e investigadora.

En octubre de 2008 se produce un cambio en la ubicación física del centro trasladándose a Majadahonda, donde nuevas instalaciones más funcionales y un entorno tecnológico más avanzado dan una mejor respuesta a las necesidades de la población y los profesionales.

El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda presta asistencia especializada como hospital de área.

En la actualidad, con la nueva ubicación del centro, es el hospital de referencia del Área suroeste de Salud de la Comunidad de Madrid, dando cobertura asistencial a una población aproximada de 450.000 habitantes.

En relación con otras áreas de la comunidad, que poseen una mayor población urbana y concentrada, la población de referencia se encuentra más dispersa y con un alto índice de población ubicada en área rural.

Las mujeres en edad fértil representan aproximadamente el 25% del total de la población. Es, por lo tanto, una población joven y con alta demanda potencial de servicios obstétricos.

El centro dispone de 613 camas. El área obstétrica está formada por:

- 4 salas de urgencias para obstetricia/ginecología.
- 12 salas de dilatación/paritorio.
- 2 quirófanos para cesáreas, ubicados dentro del bloque obstétrico.
- 1 sala de recuperación para cesáreas.
- 30 camas para gestantes/puérperas.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

En el pasado año 2013, se asistieron en este servicio más de 3.000 partos.

Este centro pertenece al nivel II A dentro de la clasificación de servicios obstétricos elaborada por el Servicio Catalán de Salud.

El Servicio de Obstetricia fue inaugurado en el año 2008, coincidiendo con el traslado del centro. La plantilla actual del área obstétrica es la siguiente:

- 1 jefe de servicio.
- 1 supervisora de enfermería.
- 29 matronas.
- 24 enfermeras.
- 30 auxiliares.
- Ginecólogos.
- 2 residentes de matrona por año.
- 3 residentes de ginecología y obstetricia por año.

Supervisora. Marina Jaime Arranz

Pregunta. ¿Cuál es la distribución del trabajo en este hospital? Además del paritorio, ¿las matronas tienen bajo sus cuidados otras plantas o servicios?

Respuesta. Nuestra unidad cuenta con seis puestos de matrona de día y cinco de noche que se reparten para dar asistencia a la urgencia obstétrica, paritorio, consulta de monitorización fetal y planta de hospitalización. En esta última, la función de la matrona incluye la realización de monitores en gestantes ingresadas y el apoyo a las madres en lactancia materna.

El Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda ha sido estructurado, desde el punto de vista de la enfermería, como un servicio integrado donde enfermeras, auxiliares y matronas prestan asistencia de forma rotatoria en todas las áreas que lo conforman; el fin es permitir una visión global en la atención a las mujeres en los procesos que requieren asistencia hospitalaria.

La firme voluntad de quienes integran este servicio de garantizar los máximos niveles de calidad en la asistencia, así como de respetar la intimidad y toma de decisiones de las mujeres y sus parejas, han llevado al equipo de obstetricia a incorporar los medios para tratar de llevar a cabo todas las expectativas planteadas. Acorde a esta filosofía de trabajo, se encuentra también el Servicio de Neonatología, que promueve acciones de mínima intervención al recién nacido, favorece el contacto piel con piel y las actividades relacionadas con el apoyo a la lactancia materna.

Matrona 1. Rita Salvador López

P. ¿Cuál es el sistema de registros de datos, por ejemplo el partograma, en el hospital?

R. El Hospital Puerta de Hierro Majadahonda posee actualmente el nivel 6 otorgado por *Himss Europe*, siendo el 7 el máximo nivel alcanzable, en cuanto a la implantación de sistemas de registro informatizados. Todos los registros de la historia de las mujeres están por tanto disponibles dentro de las aplicaciones informáticas creadas en el entorno de Selene (sistema de registro de datos informatizados en el hospital).

Disponer de este sistema de registro facilita mucho el trabajo diario en el hospital, así como la coordinación con atención primaria.

Los informes de los profesionales que hacen seguimiento del embarazo y los resultados de todas las pruebas quedan registrados permitiendo el acceso, tanto desde el hospital como desde el centro de salud. De este modo, aunque recomendamos a las mujeres que lleven sus informes del seguimiento del embarazo siempre con ellas, la información médica relevante está accesible para los profesionales.

En el paritorio, la evolución del parto queda registrada en un partograma informático con todos los datos: constantes maternas, evolución de la dilatación, frecuencia cardiaca fetal, dinámica uterina, administración de medicamentos, analgesia, etc.

Disponemos también de un sistema central de monitorización materno-fetal, que permite observar desde el puesto de control, todos los registros cardiotocográficos de las mujeres ingresadas en paritorio y su evolución.

Al alta hospitalaria se cumplimentan formularios de cuidados, recomendaciones e incidencias de lactancia que son entregados a las madres y accesibles para las matronas de atención primaria y que garantizan la continuidad de los cuidados

Matrona 2. Leonor Vivanco Montes

P. En relación a la lactancia materna (LM), ¿se realiza algún programa específico de apoyo a las mujeres durante su estancia en el hospital?

R. Desde la creación del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPHM), uno de nuestros principales objetivos fue la promoción, apoyo y fomento de la lactancia materna, para todas aquellas mujeres que deciden llevarla a cabo. Después de mucho trabajo, esfuerzo y dedicación, en el año 2011 nuestro hospital fue galardonado con la acreditación IHAN.

El contacto estrecho madre-hijo es la norma biológica de la especie humana, por lo tanto, en la sala de parto, desde el inicio se realiza el contacto piel con piel inmediato entre el bebé y su madre para facilitar el agarre espontáneo del pecho.

De igual manera, en las cesáreas se intenta disminuir en la medida de lo posible la separación del binomio madre-hijo para no alterar este proceso. En nuestra unidad, disponemos de una sala de recuperación de cesáreas donde se realiza el contacto piel con piel precoz, permitiendo el alojamiento de forma conjunta a la madre, el padre y el recién nacido.

Dentro de nuestras actividades para informar, favorecer y ayudar a las madres que desean la crianza de sus hijos de forma natural, disponemos de una matrona en la planta de puerperio que se encarga de realizar esta función durante el turno de día, visitando a las puérperas ingresadas con el fin de ofrecer apoyo y asesoramiento individualizado a aquellas que lo precisen.

Si se detecta la existencia de problemas de amamantamiento, se registra en el formulario de la Ficha de Observación de la Toma incluida en Selene, con el fin de trasladar esta información a la matrona del centro de salud que le corresponde a la madre, y así realizar un seguimiento efectivo.

Nuestro servicio dispone de un número de teléfono de consulta sobre dudas en lactancia materna que pudieran surgir en el domicilio, una vez que la mujer es dada de alta. Este teléfono se facilita en el informe de alta del recién nacido. Cabe reseñar que en la actualidad una parte de las llamadas recibidas corresponden a puérperas a las que no se ha atendido el parto en nuestro centro, pero acceden al contacto a través de referencias satisfactorias de otras mujeres.

P. Si hablamos del modelo o política asistencial ¿en qué forma ha cambiado el mismo después del año 2005 con la Carta de Madrid o con el Documento de Estrategia de Atención al Parto del Ministerio de Sanidad de 2007?

R. Nuestro joven servicio nace tras la publicación por parte del Ministerio de Sanidad de las nuevas recomendaciones acerca del proceso del parto. Trabajamos desde la apertura siguiendo las Directrices de la Estrategia de Atención al Parto Normal marcadas en 2007 y aquellas que recoge la IHAN en la atención al parto y la lactancia.

Matrona 3. Paloma Martínez Serrano

P. ¿Cuál es el perfil y nacionalidad promedio de las gestantes que se atienden en este hospital?

R. El Hospital Puerta de Hierro Majadahonda tiene una zona amplia de influencia, que recoge población muy variada. Los municipios cercanos al hospital están integrados en su mayoría por una población de clase media y media-alta. Tradicionalmente, y en este contexto, la mujer gestante no ha sido usuaria del Sistema Público de Salud. Sin embargo, los excelentes resultados de nuestro centro y la alta calidad percibida nos han permitido objetivar un aumento de usuarias que optan por la atención en este hospital. Es probable que también la situación económica actual sea responsable de una parte de este incremento. Por otra parte, el área abarca otras poblaciones más alejadas del centro hospitalario con colectivos importantes de inmigrantes.

Por lo tanto, podemos decir que el perfil promedio de la gestante atendida en nuestro hospital está representado por una mujer española, con una edad media de 32 años y primípara. Entre la población inmigrante hay que destacar el porcentaje de mujeres procedentes de Marruecos, seguidas de las de los países del sur de América y la Europa del Este.

P. ¿Su relación con la Dirección de Enfermería es satisfactoria?

R. Nuestro hospital ha sufrido cuatro cambios en la Dirección de Enfermería en poco más de cinco años. Estos cambios han dificultado el abordaje de estrategias a medio-largo plazo.

Desde la unidad se han presentado varias propuestas para ir transfiriendo puestos de enfermeras a las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología, que por su formación son los profesionales mejor cualificados para la asistencia al proceso de gestación, parto y puerperio, sin que hasta el momento hayamos logrado ningún cambio.

La situación actual de crisis económica hace que los recursos sean más limitados y las dificultades mucho mayores, siendo también más complejo el desempeño de todos los puestos de gestión y la relación entre los mismos.

P. En relación con las incidencias de la plantilla (bajas, permisos, etc.) ¿cuál es la política de cobertura que puede aplicar?

R. La política de cobertura está muy limitada por los ajustes presupuestarios del centro y, por lo tanto, está resultando muy laboriosa la gestión de los recursos humanos en estos últimos años.

P. De la totalidad de la plantilla que gestiona, ¿cuál es la situación laboral de la misma?

R. Nuestro servicio continua desde la apertura pendiente de la aprobación de la plantilla orgánica de matronas. Por este motivo, la plantilla de matronas se encuentra en dos situaciones:

- 30% plantilla en comisión de servicio a cargo de sus centros de procedencia.
- 70% de plantilla con contrato eventual.

Supervisora. Marina Jaime Arranz

P. La Asociación Española de Matronas promueve la reatribución de competencias que siempre fueron de las matronas y que nunca pudieron ejercer por falta de efectivos. Es decir, en el caso de un hospital maternal desde la primera a la última planta deberían estar a cargo de las matronas. ¿Existe alguna iniciativa por su parte para hacer realidad dichas reatribuciones a corto, medio y largo plazo?

R. Las supervisoras de Servicios Obstétricos estamos teniendo enormes dificultades para poder dotar nuestras unidades con matronas e ir sustituyendo de forma progresiva los puestos de las áreas de atención obstétrica. Han pasado los años en que asumimos el compromiso de mejorar la calidad asistencial de la atención al proceso del embarazo/parto, poniendo todo nuestro esfuerzo y dedicación, con los muy escasos profesionales que había en España a finales de los años 90. Este comienzo de siglo ha permitido la formación de nuevos profesionales que se encuentran muy cualificados y que hacen ya posible el cambio que todos deseamos. El desarrollo de las especialidades de enfermería debe ir acompañado de una normativa laboral que aún no tenemos disponible, y que nos permita ubicar a los profesionales mejor cualificados en las áreas para las que han sido formados.

Hasta el momento, en nuestro centro no ha sido posible poner en marcha ninguna iniciativa al respecto, a pesar de haber sido presentadas varias.

Paloma Martínez Serrano

Leonor Vivanco Montes

Marina Jaime Arranz

Rita Salvador López

XXX Congreso Trienal de la Confederacion Internacional de Matronas (ICM), Praga

Cuando nos disponíamos a dar forma a la noticia de este importante evento pasado, al Consejo Editorial nos surgió la duda de si la mayoría de las matronas españolas conocen la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la relación e implicación de las matronas españolas en ella.

Precisamente porque creemos que es importante que los profesionales tengamos conocimiento de nuestros orígenes, en los que se incluye nuestras relaciones y actuaciones, nos ha parecido oportuno incluir en este artículo, para quienes la desconozcan, una brevísima historia de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), la mayor asociación de matronas en el ámbito mundial, que como cualquier organización profesional se ha establecido con el ánimo de hacer progresar la profesión de forma global.

Breve historia de la ICM

Se atribuye a Esopo (600 a.C.) la vieja y conocidísima frase de "*La unión hace la fuerza*", así que la idea de unir esfuerzos para multiplicar las posibilidades de intervención debe ser tan vieja como la humanidad, como evidentes sus ventajas.

Eso debió ser lo que pensaron unas cuantas matronas europeas casi al inicio del siglo XX (1919) cuando se reunieron en Amberes, con la idea de estrechar lazos entre las matronas del mundo, idea que quedó en suspenso durante años por los conflictos bélicos que asolaron a Europa, principalmente, la Segunda Guerra Mundial.

En 1954, aunque la agenda bélica del mundo seguía (y desgraciadamente sigue) sembrada de anotaciones de guerras, la mayoría de países europeos estaba en el proceso de recuperación económica y de estabilización política. Ese fue el momento en el que las matronas europeas retomaron la idea de formar una asociación internacional, y desde ese mismo momento España, también superando los efectos devastadores de su guerra civil, se adhiere al proyecto a través de la representación del Consejo Nacional de Matronas. Recordamos que la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 establecía que un único colegio oficial de auxiliares sanitarios acogería a practicantes, comadronas y enfermeras tituladas organizando la colegiación en tres secciones diferentes: practicantes, matronas y enfermeras, ley derogada por la Orden Ministerial de 1977 que suprimió las tres secciones y todos los auxiliares sanitarios pasamos a ser integrados en un único colegio.

1954 fue el año de la fundación de la ICM, de la decisión de realizar un congreso trienal y en el que España por primera vez asiste a esta reunión internacional consiguiendo además que adoptara el español como uno de los idiomas oficiales de la confederación, circunstancia que actualmente se mantiene. En la siguiente reunión, en 1957, España fue elegida para formar parte del Comité Ejecutivo y dos matronas españolas fueron nombradas vicepresidenta y secretaria de actas, cargos que mantuvieron hasta 1975.

La sede del XIII Congreso Internacional de Matronas en 1963 fue Madrid y la presidencia de la confederación pasó de Frau Anne Springborn, presidenta de la

Asociación Alemana de Matronas a Dña. María García Martín, presidenta del Consejo Nacional de Matronas de España, quien la ostentó durante el preceptivo trienio 1963-1966. Como dato anecdótico, fue precisamente el consejo de colegios de matronas de España quien regaló a la confederación el simbólico collar presidencial que portan las presidentas durante su mandato. Un orfebre español materializó el diseño en un collar, discutido en el comité ejecutivo, en cuyos eslabones de plata lleva el nombre de la última presidenta grabado sobre el símbolo de la confederación. El Consejo Nacional de Colegios de Matronas hizo el obsequio del mismo a la confederación, siendo la presidenta española Dña. María García, la primera matrona en ostentar este símbolo que le fue impuesto en el acto protocolario por la presidenta honoraria de la ICM, Miss Ellen Erup.

La orden ministerial de 1977 que citamos al principio, no solamente supuso a las matronas españolas la pérdida del colegio profesional propio, sino que la ICM dictó, coincidiendo con el Congreso de Jerusalén de 1978, nuestra expulsión de la confederación por incumplir la exigencia de entonces de tener colegio profesional propio o entidad representativa propia.

Esta nueva y desafortunada realidad se sumó a la necesidad urgente de constituir una asociación de matronas en defensa de los intereses de la profesión que quedarían "velados" en el conjunto de la enfermería, y así en 1978 se fundó la Asociación Española de Matronas que, a este respecto, hizo las gestiones necesarias para el reingreso de las matronas españolas como miembros de pleno derecho en la ICM, objetivo cumplido en 1981.

Desde entonces, la Asociación Española de Matronas ha representado y defendido los intereses de las matronas españolas sin perjuicio de que otras representaciones profesionales de matronas se hayan integrado en la ICM u objeción a estas nuevas incorporaciones (Consejo General de Enfermería y FAME 2004).

Reunión del consejo de la ICM, Praga 2014

Previo a la celebración del congreso tuvo lugar la reunión del consejo de la ICM (27-30 de mayo), a la que asistieron 168 delegados de 83 asociaciones miembro. Fueron cuatro días de largas reuniones con propuestas, debates y acuerdos, como la aprobación de la inclusión de un miembro más para la representación de la región Asia-Pacífico, o de nuevas categorías de miembros. También se discutió una nueva estructura de cuotas de afiliación, se votaron las candidaturas para la celebración del 32º Congreso Trienal de la ICM, siendo la ganadora la Asociación Indonesia de Matronas y, por tanto, el Congreso del año 2020 se celebrará en Bali, Indonesia.

Otro punto a destacar de la reunión del consejo fue la discusión de las orientaciones estratégicas para el próximo trienio, 2014-2017, así como la revisión de varias declaraciones de posición de la confederación y la renovación de la junta ejecutiva de la ICM. Rita Borg-Xuereb, miembro de la Asociación de Malta, será la nueva representante de los Países del Sur, entre los que se encuentra incluida España, para el siguiente trienio.

Representantes de la Asociación Española en el Consejo Trienal de la ICM, Praga 2014

XXX Congreso trienal de la ICM, Praga 2014

Más de 3.700 matronas procedentes de 126 países del mundo han participado en el 30 Congreso Trienal de la ICM en Praga celebrado los primeros días de junio.

La Asociación Española de Matronas, miembro veterano de esta organización mundial, también estuvo presente en esta nueva edición y fue precisamente la presidenta de la Asociación Española de Matronas, Mª

Ángeles Rodríguez Rozalén, quien portó la bandera española en el tradicional desfile con el que se da inicio a la ceremonia de apertura de este congreso internacional.

Abanderada española

La presidenta de la AEM, Mª Ángeles Rodríguez Rozalén fue la abanderada española en la ceremonia de apertura

Como en cada una de las convocatorias de este evento, se presentó un extenso programa de talleres, conferencias y pósteres, en el que también hubo una pequeña participación de profesionales españoles, con el objetivo de intercambiar conocimientos, experiencias y expectativas entorno a la profesión de matrona y debatir sobre las medidas necesarias para garantizar una alta calidad de atención centrada en la mujer, por parte de las matronas.

El tema del congreso **Matronas mejorando la salud a nivel global** es un lema directamente relacionado con los Objetivos del Milenio 4 y 5 (reducir la mortalidad infantil/mejorar la salud materna), y al respecto podemos decir con satisfacción que gobiernos y organizaciones de salud mundiales siguen reconociendo que las matronas somos profesionales de la salud esenciales para alcanzar estos objetivos.

En este congreso se hizo público el segundo informe sobre Estado Mundial de la Partería, *Sowmy 2014, Un camino universal, el derecho de la mujer a la salud*, elaborado por UNPFA, OMS e ICM sobre una base de datos actualizados y un detallado análisis del progreso actual y los retos de futuro para ofrecer cobertura y calidad efectivas de los servicios de partería en los 73 países que representan en conjunto más del 95% de la carga mundial de mortalidad materna, neonatal e infantil. En él se afirma que hay una grave escasez de matronas en más de 70 países de África, Asia y América Latina. La Dra. Laura Laski (jefe de la Subdivisión de Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA) se dirigió a las matronas diciendo *"ustedes están en la vanguardia de los derechos de salud de la mujer"*. A renglón seguido hizo hincapié en la importancia de las matronas en la salud sexual, el matrimonio precoz, la violencia y la anticoncepción concluyendo con un propósito: "*Vamos a asegurarnos de que tenemos un movimiento sólido para hacer que las mujeres y los niños sean el centro de la agenda del 2015*".

Especialmente emotiva fue la intervención (virtual) del director ejecutivo de UNFPA, el Dr. Babatunde Osotimehin, quien dijo que "*Todas las mujeres necesitan y merecen la atención compasiva y respetuosa antes, durante y después del embarazo y el parto*". Y en relación con las matronas: "*Las parteras son los héroes anónimos de la salud de las madres y recién nacidos. De hecho, son los héroes anónimos de la salud pública en el mundo*".

Mesa de presentación del Segundo Informe sobre Estado Mundial de la Partería, *Sowmy 2014, Un camino universal,* el derecho de la mujer a la salud

Por su parte, la presidenta de la ICM, Mrs. Frances Day-Stirk, expuso la necesidad reflejada en el informe de que los países consideren la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la fuerza laboral de partería a fin de proporcionar servicios de calidad. Hacer frente a la escasez de parteras y los servicios de partería en todos los países de ingresos bajos y medianos podría salvar las vidas de millones de mujeres y recién nacidos cada año. Recordó también la necesidad de inversiones urgentes en la atención de partería de calidad para evitar los cerca de dos tercios de todas las muertes maternas y neonatales.

En este sentido, en el dossier se apunta que la intervención de matronas cualificadas según estándares globales y apoyadas por un sistema de salud funcional podría proporcionar el 87% de la atención esencial que se necesita para las mujeres y los recién nacidos, y potencialmente podrían reducir las muertes maternas y neonatales ya cuantificadas anteriormente. Se destacó así mismo la necesidad de inversión en educación y formación de matrona para ayudar a recortar las enormes discrepancias en la atención de la salud materna y del recién nacido, sin olvidar apuntar que la "rentabilidad" de esta inversión sería enorme no solo por los millones de vidas salvadas y las tragedias personales y familiares evitadas, sino además por la productividad que proporcionan las mujeres y bebés que sobreviven y salen adelante y los bebés que crecen hasta convertirse en adultos sanos. Rafat Jan, matrona de la Universidad Agha Khan de Pakistan, concluyó su intervención diciendo: "*Es el momento. Nosotras sabemos lo que se necesita. El informe está aquí así que pasemos a la acción*".

Hanane Masba, matrona de Marruecos, compartió su experiencia y destacó la importancia de mantener a las mujeres en el centro de las políticas de salud materna, hizo una llamada para la acción y la colaboración interprofesional, algo que como matronas solamente se puede realizar mediante el cambio, juntas y unidas.

El profesor Arulkumaran, presidente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), se comprometió a difundir ampliamente desde su organización el informe y los mensajes clave. Por otra parte, un representante del gobierno sueco presentó sus principales prioridades para el desarrollo, que son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM 4 y 5), incluyendo los derechos sexuales y reproductivos (SDSR). "*Trabajando juntos podemos impulsar una actividad necesaria para las mujeres y niños de todo el mundo*" fueron las palabras a modo de colofón de la Dra. Flavia Bustreo quien ostentó la representación de la OMS en esta mesa.

Frances Day-Stirk, presidenta de la ICM, en la ceremonia de apertura y en representación de la organización otorgó a Mrs. Toyin Saraki el título honorífico de embajadora de buena voluntad de la ICM quien en su discurso hizo hincapié en la importancia de las parteras en el cumplimiento de los ODM: *"Debemos abordar el déficit partera global para enfrentar la mortalidad materna*". Instó de manera vehemente a las matronas del mundo a la unidad y al esfuerzo colectivo para lograr estos objetivos.

Esta mujer profesional (abogado) consciente de la realidad humana de África en general y de Nigeria, su país, en concreto, se ha entregado a la causa de la promoción de las mejores prácticas en materia de salud, educación, empoderamiento de la mujer y bienestar social. Ella es una de las voces famosas de la campaña mundial para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en Nigeria, que buscan la reducción significativa de la tasa de mortalidad materna e infantil antes de 2015.

Mrs. Toyin Saraki, embajadora de buena voluntad de la ICM

"Voces de las Matronas"

La organización anfitriona, la Asociación Checa de Matronas, quiso aprovechar esta reunión multitudinaria para hacer un guiño a la sociedad praguense y al resto del mundo, intentando establecer un récord mundial: el mayor coro de matronas/es cantando juntas/os para entrar en el *Libro Guinness de los Records*.

Bajo el lema "Las voces de matronas" se consiguió un espectacular telón de fondo para el congreso de la ICM, y un record con 1.563 parteras de más de 100 países cantando juntas acompañadas por una orquesta local, para crear conciencia sobre la partería.

Las representantes de la AEM allí estuvimos apoyando a la profesión en un día soleado de finales de primavera en el parque de la Isla de Kampa, otro de los sitios hermosos y tranquilos de la bella ciudad de Praga; con el orgullo de ser españolas, ser matronas y la responsabilidad de representar a las matronas de España, sin distinción ni exclusión, ondeamos la bandera que hoy por hoy es la enseña nacional que reconoce la diversidad de todos los españoles, la que nos representa a todos y por la que se identifica a España fuera de nuestras fronteras.

Record *Guiness*, matronas del mundo cantando en la Isla de Kampa (Praga)

XVII Congreso Nacional de Matronas

Valencia es amiga de un mar: el Mediterráneo.
Pero novia de un río: el Turia

J. Arnau Amo

La sede itinerante del Congreso Nacional de Matronas de la Asociación Española de Matronas (AEM) este año se instaló en Valencia, bajo el auspicio de una tierra y unas gentes, sus matronas/es principalmente, que han acogido como propia y han hecho realidad esta XVII edición con una prodigalidad inconmensurable de entusiasmo, ilusión, esfuerzo y auténtico calor humano.

La elección de la imagen de este congreso fue realmente sencilla, valencianos y no valencianos, coincidimos plenamente en escoger la conjunción de tierra y mar: mar intenso, arena dorada, transmitiendo sensaciones de libertad, del calor del sol y el frescor de sus aguas.

Si hablamos de la sede de este congreso quedaría demasiado parco decir que la elegida fue la del Ilustre Colegio de Médicos de Valencia, sin mencionar que el abolengo y el prestigio preceden a esta institución, ya que tiene el honor de ser la heredera de la primera organización médica de todos los reinos españoles, allá por el siglo XIV (1329) como consta en los Fueros de Valencia *(Els Furs)*.

El lema de este congreso, "Por la ciencia y la convivencia", en palabras de la presidenta de esta edición, Maribel Castelló, valenciana de nacimiento y sentimiento, pretendía ofrecer "*lo mejor de las ciencias humanas y convivencia de todas/os para compartir no solo el espacio sino, además, las experiencias que todas podáis aportar de vuestros lugares, de vuestra comunidad y de vosotras mismas, y así hacer de este colectivo un grupo de personas con una calidad humana y profesional acorde con las necesidades sociales y sanitarias que nos demandan las mujeres y familias a las que atendemos y cuidamos*".

Ni siquiera la actual coyuntura económica en la que todos los sectores están pasando dificultades económicas y todo tipo de actividad congresual se ha visto reducida en toda España, ha sido impedimento para realizar esta nueva edición del Congreso Nacional de Matronas del que ahora, ya pasado, podemos decir con satisfacción que el balance ha compensado el riesgo y el esfuerzo: 350 asistentes, la presencia de la Farma-Industria que copó todos los espacios disponibles, y la satisfacción de ambos grupos, congresistas y expositores, imprescindible para llevar a cabo y evaluar positivamente una actividad de este tipo, lo que contextualizado en la situación del momento, asumimos como un logro. Sin miedo a equivocarse, se puede afirmar que en este evento se consiguió el objetivo de crear un magnífico espacio para la reflexión grupal que tras el encuentro, dio paso a la reflexión personal.

Si bien el objetivo principal del congreso es siempre el académico, la Asociación Española de Matronas entiende que también es importante la convivencia, la cultura, el esparcimiento y la diversión y sobre estas bases, se diseñó un extenso programa científico con interesantes pinceladas lúdicas que una vez más ha tenido el reconocimiento sobresaliente de la Agencia de Acreditación de Actividades de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, al haberle sido otorgado 6,1 créditos (CFC). ¡Todo un record que avala la calidad e interés científico del congreso y, sin duda, una asignación valiosa de puntos baremables para el currículum de los profesionales dentro del Sistema Nacional de Salud!

Entrada de congresistas

Ceremonia inaugural

Mesa de inauguración del congreso

La mascletá, composición sonora y rítmica ineludiblemente unida a las fiestas valencianas y los falleros, pusieron una nota típica y colorista a la ceremonia de apertura que contó con una nutrida representación política, institucional y académica. Estos últimos aportaron las banderas de la Comunidad Valenciana y de la Asociación Española de Matronas para completar la plantada del conjunto de banderas autonómicas signo de la pluralidad de España y acto tradicional del congreso nacional.

A destacar la presencia del subsecretario de la Conselleria de Sanitat, D. Ignacio Ferrer Cervera, en representación del Conseller de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Valencia quien, desde la cercanía y el conocimiento del colectivo de matronas, tuvo elogiosas palabras para la profesión, haciendo mención al propio lema del congreso, del que a su juicio "*deja traslucir el alma de las matronas*". A su vez, hizo pública la promesa de capitanear desde su puesto de responsabilidad, las negociaciones para actualizar en la Comunidad Valenciana las obsoletas funciones de matronas dispuestas en el estatuto de 1973.

Dos momentos de la entrega de las banderas a la presidenta de la AEM y a la presidenta del congreso

Presidente y Fallera Mayor 2013 junto a las presidentas, en la inauguración del congreso

Conferencia inaugural

D. Agustín Domingo Moratalla.
Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación.

El conferenciante hizo un pormenorizado análisis del concepto de cuidado y su transformación poniendo en evidencia las fronteras que delimitaban los territorios del curar y del cuidar, con una atribución histórica de la acción de curar a la medicina, frente a la de cuidar como propia de la enfermería, en la que se escondía una subordinación del cuidar al curar, y la consideración de actividad secundaria del cuidar frente al curar. Circunstancias estas que la bioética ha desvelado erróneas al mostrar que más tecnología necesita no solamente más y mejores curaciones, sino más y mejores cuidadores.

Entendiendo el cuidado como atención y diálogo y responsabilidad, delimitó la base del buen cuidado en tres acciones: disponer, decidir y distinguir. Así explicó cómo sin disponibilidad, vigilancia y capacitación no hay un buen cuidado, cómo sin capacidad de escucha, decisión, deliberación y argumentación no hay un cuidado juicioso. Y la última de las tres "D", cómo sin capacidad para diferenciar, singularizar y arriesgarse con el paciente-usuario no puede darse un cuidado juicioso.

Para finalizar abogó por recuperar la dignidad de la maternidad en una sociedad que tiende a instrumentalizarla, tecnificarla y a olvidar lo que esto significa, hecho en el que las matronas jugamos un importante rol.

Aprovechamos esta publicación para rendir a este distinguido ponente un doble tributo de gratitud, por su

intervención, de todos los congresistas conocida, y por una tribuna publicada a través del diario *Las Provincias* que, a buen seguro, la mayoría desconoce. Por su generosidad y su afecto hacia el colectivo de matronas, redactó el artículo titulado "Las matronas son guerreras" anunciando no solamente la celebración del congreso, sino aplaudiendo nuestra labor colectiva. Por su especial interés, lo insertamos al final de este artículo.

D. Agustín Domingo Moratalla dictó la conferencia inaugural

¿Es la matrona una profesional?

D. Vicente Bellver Capella.
Doctor en Derecho. Profesor Titular de Filosofía del Derecho y Filosofía Política.

Con una amena y pedagógica exposición cargada de referencias y ejemplos que facilitan la comprensión y el recuerdo, el ponente hizo una revisión sobre los elementos constitutivos de profesión, apuntando además la necesidad de que tanto la vocación como la integración y la integridad son cualidades imprescindibles para los profesionales que ejerzan. Al hilo de todo ello, de la labor de matrona, profesión sin lugar a dudas, destacó la peculiaridad que por añadidura la distingue de todas las demás: la búsqueda simultánea del bien de la madre e hijo.

Abogó por la imprescindibilidad de que el profesional, en el desempeño de su profesión, busque el bien moral que, no solamente le mejorará como persona, sino que hará mejores a los demás a través de la realización de su trabajo, idea que remató con esa frase imborrable de la película *Mejor Imposible: "Porque soy un mejor hombre contigo"* en palabras del neurótico personaje protagonizado por Jack Nicholson, mostrando, a modo de moraleja cinematográfica con esa respuesta, cómo el bien moral coincide con el bien completo de la persona en la medida exacta en que ese bien está en juego en la conducta humana y ha de ser realizado a través de ella.

La ética del cuidado

Dña. Montserrat Busquets Surribas.
Enfermera. Máster en Bioética y Derecho. Antropóloga.

En esta ponencia se expuso la importancia ética del cuidado enfermero, junto con los dos errores más comunes en relación con ella: la creencia extendida de que la ética trata las grandes cuestiones y/o dilemas y el hecho de recurrir a ella únicamente en busca de soluciones.

La ponente destacó el valor social del cuidado afirmando, al igual que anteriores participantes, que actualmente la respuesta terapéutica a los problemas de salud no procede exclusivamente de la asistencia médica y/o farmacológica, sino que se ha de complementar con la satisfacción de necesidades de la vía diaria en su contexto real. Así se infiere que cuidar es ayudar a intentar vivir generando salud, previniendo y combatiendo la enfermedad, mediante la ayuda a la persona para convertirse en el agente del cambio y el principal recurso del tratamiento.

Estrategias de recuperación de las competencias de matrona

Dña. Montserrat Angulo Perea.
Matrona.

A la vista de la normativa europea y española la ponente realizó un análisis DAFO (fortalezas/debilidades amenazas/oportunidades) concluyendo en un planteamiento estratégico que sintetizó en nueve acciones: la activación de políticas para el reconocimiento profesional dentro de los equipos obstétrico-ginecológicos, delimitación de competencias y organización funcional del trabajo en espera de una nueva legislación sobre funciones, reasignación de puestos de trabajo actualmente ocupados por enfermería, planificación de formación continuada incluida en periodos de desempleo para garantizar la actualización del co-

lectivo, mantener el tutelaje de la formación de las matronas, gestión de servicios por matronas al menos en el ámbito de salud de las mujeres, equiparar el ratio español de matronas al europeo, combatir el intrusismo profesional y la competencia desleal y, para finalizar, incrementar la visualización del colectivo en la sociedad así como en el ámbito sanitario.

Protocolo de control de cérvix: rol de la matrona

Dña. Pilar Medina Adán.
Matrona.

Con una breve historia natural de la enfermedad y datos recientes sobre mortalidad, la ponente abordó este tema en el que la matrona tiene un rol fundamental: la aplicación de estrategias combinadas de prevención primaria y secundaria para la reducción de la incidencia y mortalidad de cáncer de cuello, siendo la consideración de esta patología de especial relevancia desde el punto de vista de la salud pública, ya que es uno de los cánceres que se puede detectar de forma precoz, y por tanto en gran medida, una causa de mortalidad evitable.

Las claves del éxito profesional

Dr. D. Jesús Sánchez Martos.
Enfermero. Doctor en medicina y catedrático de Educación para la Salud.

El ponente que, además de sus cualificaciones académicas cuenta con una dilatada carrera profesional en medios de comunicación, con las funciones de la enfermería a la vista, puso al descubierto los huecos que quedan en el desarrollo de las funciones de la enfermería (y matronas) en gestión, como es lograr el objetivo de conseguir equiparación en puestos directivos con otros profesionales, para lo cual es imprescindible contar con una buena formación en gestión, dirección y liderazgo; en relación con la docencia se ha conseguido un reconocimiento oficial histórico al poder optar al máximo nivel universitario, el grado de Doctor, sin embargo, en la investigación hay mucho camino por recorrer, recordando que todo aquello que no se publica es ignorado. Seguramente en la asistencia la nota sería sobresaliente a pesar de que las matronas, como la enfermería en general, están infravaloradas en cuanto a las posibilidades de prestación de asistencia, y sin reconocimiento como profesionales clave para la sostenibilidad del sistema de salud.

Hizo hincapié a la vista de lo conseguido, en la importancia de ganar en credibilidad como colectivo profesional y saber potenciar la necesidad de trabajar en equipo interdisciplinar; manifestó que la enfermería en general y las matronas en concreto, adolecen de bajo prestigio social, y necesitan revitalizar la imagen profesional, algo que se puede conseguir desarrollando habilidades de comunicación, trabajando con los medios de comunicación social; de ahí que apoye la necesidad de que los profesionales sanitarios (matronas), conocedoras de las necesidades de la sociedad, se interrelacionen con los profesionales de la comunicación, para que con la ayuda de estos y a través de los *massmedia*, se hagan más conocidas entre la población general.

Dr. Sánchez Martos

Educación para el nacimiento y la crianza en el siglo XXI

Dña. Clara Moreno Llopis.
Matrona. Licencia en Antropología.

Revisión de los cambios que se han efectuado en el último tercio del siglo XX hasta el momento, en relación con el cuidado, la asistencia y las estrategias

para abordar las etapas del embarazo, parto, posparto y crianza. Centrándose en el terreno de la educación maternal, habló de la necesidad de contextualización del modelo anterior a las necesidades del momento, la disponibilidad de recursos, el cambio de rol de la pareja como usuarios del sistema de salud, la atención del posparto y la formación de la familia, en el marco de actuación de un equipo multidisciplinar.

De su vocación y disposición, y en relación con la integración familiar en estos procesos vitales, ha creado dos talleres con títulos cuando menos sugerentes: "Madres que van a ser abuelas" cuyo objetivo es convertir a las futuras abuelas en elemento colaborador en lugar de distorsionador y el de "Cómo pasar de hijo a padre sin anestesia" con la intención de mejorar la atención que reciben los futuros padres, implicándoles en una paternidad más activa y responsable para favorecer el vínculo con su pareja e hija/o.

La matrona formadora de formadores y educadores

Dña. Maribel Castelló López.
Matrona. Psicóloga.

Tras una breve mención histórica sobre el origen milenario de la profesión y las competencias y perfil que la ley actualmente atribuye a nuestra profesión de matrona, la ponente propuso una reflexión para tomar conciencia de la importancia de la formación docente y educadora de la matrona y sus implicaciones para el futuro de la profesión y la salud de la sociedad. Como formadoras, las matronas tienen en sus manos la continuidad, el futuro de la profesión; y como educadoras para la salud, pueden iniciar una cadena de transmisión "de salud" del profesional a los padres y de estos a los hijos.

Destacó la idoneidad de la matrona como formadora y educadora y a la vez el privilegio de que sus cuidados lleguen no solamente a la mujer, sino a la familia y por extensión a la sociedad.

Finalizó su exposición con una frase contundente mezcla de aviso y encarecida recomendación: ¡NO dejemos de hacer lo que "siempre" fue nuestro porque otras/os vendrán y lo harán!

Dña. Maribel Castelló López, presidenta del congreso

Recursos para la creación del vínculo y del apego durante la gestación

Dña. Mar Sánchez Marchori.
Pedagoga terapéutica.

Como experta psicopedagoga hizo una revisión de los sentimientos de la mujer en cada uno de los trimestres del embarazo, sobre los que actuar con técnicas específicas y eficaces que ayuden a estas y a los padres a comunicarse con el bebé que esperan, favoreciendo el bienestar del niño/a, además de influir en su personalidad, no solamente en el útero, sino durante el resto de su vida adulta.

Cuidados de la piel del recién nacido (RN)

Dña. Mª Isabel Manzano Alonso.
Matrona.

Relató las lesiones y alteraciones más frecuentes de la piel del bebé e hizo una exposición exhaustiva de aquellos cuidados que la evidencia actual indica como más acertados. Todo ello ha quedado plasmado en la *Guía de cuidados en el puerperio de la madre y el RN* elaborada por profesionales en su comunidad autónoma, al objeto de servir de referente a los profesionales para dar el cuidado más acertado y evitar disparidad de criterios que confundan a madres/padres en ese momento crítico del cuidado del RN en el periodo neonatal (hasta el 28 día), continuando con el de la lactancia (hasta

24 meses) de vital importancia para el desarrollo del ser humano.

Puerperio domiciliario: cuidando la familia

Dña. Dolores Viñas Álvarez.
Matrona. Antropóloga.

La ponente puso de manifiesto la evidencia de que la maternidad/paternidad supone una transición personal y familiar, marcando un periodo inestable y de vulnerabilidad especial en el ámbito individual e integral, que requiere un gran apoyo, según las diferencias de afrontamiento en relación con la individualidad de las personas.

Así mismo habló de la necesidad por parte de los padres, para una adecuada maternidad-paternidad o afrontamiento del rol de padre y madre, la necesidad de que ambos tengan unas expectativas ajustadas al proceso y desarrollen competencias parentales que van desde la adecuada autoestima, el control de los impulsos, adopción de estrategias de afrontamiento, hasta la resolución de problemas. De otro lado, desarrollar habilidades de agenda personal o el modo en que los padres perciben y ven su rol parental.

Abogó por cambiar el concepto de puerperio y exigir que la visita puerperal domiciliaria forme parte de la cartera de servicios de matronas, sin excepciones, a la vez que las propias matronas, fomenten esta prestación ya que es un hecho cierto que muchas familias se engloban dentro de criterios que requieren mayor apoyo, acompañamiento e incluso *coaching* en este proceso de maternidad-paternidad en que ellos, los actores, pasan por un periodo de crisis o se les presenta una oportunidad de crecimiento personal.

Reanimación fetal intraútero

D. Rafael Vila Candel.
Matrón.

Un tema muy interesante por su uso general y la utilidad real por el beneficio del feto en la asistencia del trabajo al parto, aunque sin suficiente evidencia de su capacidad de revertir la asfixia, habida cuenta de los problemas éticos que plantearía su estudio. En esta exposición se incluyó una revisión de las maniobras no operatorias a realizar ante un RCTG anormal, con el objetivo de restaurar el bienestar fetal, tanto para restablecer las condiciones óptimas fetales para proseguir el parto, como durante la preparación de la extracción fetal (parto inminente o cesárea de urgencia) o para evitar la extracción fetal urgente.

Prevención de la prematuridad

Dña. Teresa Cabrera Sanz.
Matrona.

Decir que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la prematuridad entre las 10 principales causas de muerte en el mundo es suficiente peso específico para hablar de este tema. En España (2013) la OMS estimó su incidencia en un 7% y muchos tenemos la certeza de los elevados costos, emocional y económico, que suponen para las familias, la sociedad y el sistema de salud.

En su intervención la ponente mostró una panorámica completa de esta patología obstétrica incidiendo en la importancia de la prevención primaria y, concretamente, de los factores de riesgo socioeconómicos. Concluía la exposición manifestando que la atención preconcepcional y prenatal por parte de la matrona en consulta de atención primaria a mujeres que viven en situación de desventaja económica y con un mayor riesgo de parto prematuro, parece ser una estrategia prometedora para abordar los efectos negativos de la prematuridad.

Nuevas complicaciones en las FIV: el rol de la matrona

Dña. Carmen Molinero Fraguas.
Matrona. Antropóloga.

Es una evidencia el incremento de parejas (también mujeres solas o con parejas femeninas) que actualmente en España requieren de técnicas de reproducción asistida en general y fecundación *in vitro* en particular, para lograr un embarazo, la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) cuantifica en un 15% las parejas afectadas.

Según explicó la ponente, la repercusión de esta técnica en el trabajo de matrona en el periodo previo a la concepción es prácticamente nula y podría ser un campo asistencial a desarrollar. Por el contrario, durante la

gestación el contacto con la matrona se produce aunque con un cambio sustancial de su trabajo por el aumento de riesgo de las propias técnicas, quedando la asistencia casi totalmente reducida a la atención especializada en ocasiones de hospitalización, motivada por patologías que surjan en el proceso. La atención de la matrona no se ha de limitar a la mera asistencia técnica, sino debe prestar de una forma especial el apoyo psicológico que, en la mayoría de los casos, estas mujeres necesitan. Esta circunstancia se repite en el parto, tanto si es la matrona la encargada de la asistencia al mismo, como si ha de intervenir el obstetra en atención a la necesidad de tocurgia, en ambos casos la función de la matrona es estimable, apoyando a la mujer y a su familia.

Si el periodo posparto se hace difícil para las mujeres en general, para muchas de estas esta dificultad se incrementa sustancialmente y una vez más el apoyo de la matrona de hospitalización de forma inmediata, continuada con la de Atención Primaria, puede cambiar favorablemente la vivencia de las mismas.

Situación actual de la disfunción de suelo pélvico

Dr. Francisco J. Nohales Alfonso.
Ginecólogo.

El Dr. Nohales citando cifras y datos puso de manifiesto la alta prevalencia de las disfunciones del suelo pélvico (1 de cada 4 mujeres de la población general; 39%, la acumulada en el embarazo según Sánchez Ruiz, Cataluña, 2010) lo que a su juicio indica la necesidad imperiosa de mayor investigación en los campos biomédicos de prevención, diagnóstico y tratamiento, sin olvidar mencionar que en estas áreas queda mucho por realizar aplicando medidas de alta evidencia científica y muy económicas, donde la matrona debe estar familiarizada.

Investigando ciencia de la evidencia o evidencia de la ciencia

Dr. D. Javier González de Dios.
Pediatra-neonatólogo.

La dirección de la revista *Evidencias en Pediatría*, el blog *Pediatría basada en pruebas* y la plataforma de formación *Continuum* son otras de las actividades que desempeña actualmente junto a su faceta asistencial y que le proporcionan muchos conocimientos sobre el tema de su ponencia en la que hizo un recorrido por la medicina basa en evidencias (MBE) desde su génesis pasando por las características del conocimiento, hasta describir los pasos en investigación en salud.

En relación con el uso de la MBE y la enfermería (y las matronas) matizó cuan proclive es esta profesión a desarrollar un modelo de atención sanitaria científica, cercana y humana en la que se plantea a diario dudas en la toma de decisiones en su práctica asistencial. Precisamente la MBE sirve para evitar o al menos reducir esta incertidumbre, aunque, expresamente indicó el ponente, que la MBE solo intenta resolver de la mejor manera posible la ecuación entre lo "deseable", lo "posible" y lo "apropiado"; hay que tener presente al respecto que por la propia naturaleza de las Ciencias de la Salud se le haya dado en llamar a esta ciencia en general, ciencia de la incertidumbre o ciencia de la probabilidad.

Conferencia de clausura

La matrona del siglo XXI

Dña. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén.
Matrona. Presidenta de la AEM

Con un profundo conocimiento de la profesión desde sus orígenes por el estudio constante y como "actora" en una larga trayectoria profesional, hizo un recorrido por los hechos históricos que han ido "dando forma" a la profesión, en muchos de los cuales ha tenido una participación directa como líder indiscutible, hasta llegar al momento actual, iniciado el siglo XXI, en el que las voces de las matronas demandan cambios en la política asistencial y exigen mayores competencias.

Al respecto de esta última demanda puntualizó que la profesión de matrona ha sido una de las primera profesiones cuyas competencias específicas han sido establecidas, por lo que la reclamación ha de ir dirigida al cumplimiento de estas que, como se sabe, en España se produce un alto grado de incumplimiento de la normativa, esto responde entre otros factores a una errónea asignación de los recursos humanos en las políticas asistenciales, políticas internas y protocolos diseñados fundamentalmente por y para médicos, la influencia sociocultural en la elección del profesional y por un número superior de obstetras que copan parte de las competencias establecidas para las matronas.

En cuanto al cambio asistencial, aunque lentamente, se ha ido produciendo en el país a instancias de las demandas de las mujeres-familias, y de los profesionales. Desmedicalizar el parto, tecnificar y tecnologizar lo estrictamente necesario, son objetivos que la asociación que preside ha preconizado mucho antes de que se iniciara el movimiento por los partos de mínima intervención. La AEM desde sus orígenes ha hecho y apoyado manifestaciones e instancias a favor de esta práctica: la autoría del primer manifiesto público en favor de la humanización del parto (La Carta de Madrid, 2005) es anterior a la intervención del Ministerio de Sanidad y demás entidades profesionales, así como el Código Deontológico para las matronas españolas, en el que también manifiesta al respecto el apoyo por el cambio de concepto de embarazo y parto y, por tanto, el tipo de asistencia no intervencionista al mismo.

Concluyó la ponente instando a la investigación y publicación para encontrar nuevas evidencias científicas que determinen las acciones más convenientes a fin de armonizar la asistencia al parto y nacimiento, a la vez que pidió el compromiso y defensa permanente de la profesión y abogó por la consecución de una titulación independiente que, además, nos dote nuevamente de un colegio profesional propio para mejor salvaguarda y defensa de la profesión.

Sesiones monográficas

El extenso programa científico se completó con nueve talleres de las más variadas temáticas que tuvieron, por parte de los congresistas asistentes, una acogida y posterior valoración formidables.

Sesión monográfica "Ergonomía"

D. Juan Antonio Arias Prieto.
Máster en Prevención de Riesgos Laborales.

Este taller estuvo destinado a conseguir que las matronas adquieran conocimientos y habilidades basados en la evidencia científica para evitar o modificar actitudes que permitan la reducción de problemas de salud derivados de la actividad que realizan, especialmente los relacionados con los trastornos músculo-esqueléticos.

En este congreso se presentó el libro, primero y en la actualidad único en su género *Seguridad y salud laboral de las Matronas*, del Sr. Arias Prieto, editado por la Asociación Española de Matronas en exclusiva para este congreso y con el cada uno de los congresistas fue obsequiado.

Sesión monográfica "Constelaciones familiares. La familia de origen y salud"

D. Vicente Cuevas Martínez.
Psicólogo clínico y psicoterapeuta.

La finalidad de este taller fue la de comprender las raíces familiares y la fuerza de los lazos que vinculan o separan a las personas, a las familias, a los grupos, así como la forma en que nos llevan a soluciones o problemas.

Libro *Seguridad y salud de las matronas*

Sesión monográfica "Risoterapia: soltando el estrés"

Dña. Mayte Ahuir Roselló.
Psicóloga clínica y monitora de Terapia de la Risa.

Este taller de risoterapia es una terapia grupal que conduce al grupo a un estado de relajación, confianza y bienestar, haciendo evidente que la risoterapia es una poderosa, a la par que divertida, arma tera-

péutica, indicada para reducir el estrés, y aumentar la positividad y la felicidad.

Sesión monografica de "risoterapia"

Sesión monográfica "Manejo del duelo perinatal"

D. Javier Velasco Laiseca.
Psicólogo clínico. Master en Bioética.

El objetivo de este taller fue el de reflexionar y analizar las peculiaridades del duelo perinatal de forma que consigan habilidades básicas para aproximarse al mismo de una manera profesional.

Sesión monográfica "Gestionar las emociones, mejorar en salud"

Dña. Mar Sánchez Marchori.
Pedagoga terapeuta.

Este espacio estuvo dedicado a la enseñanza de técnicas y recursos para favorecer el autoconcepto y la autoestima que faciliten una vida plena emocional y personalmente.

Sesión monográfica "Confeccionemos un póster"

D. Daniel Andrés Checa.
Enfermero.

Este taller teórico estuvo destinado a mejorar la presentación de los pósteres, a partir del conocimiento de la estructura la comunicación científica y del propio póster como elemento de comunicación.

Sesión monográfica "Violencia de género: rol de la matrona"

Dña. Ángeles Aparici Navarro.
Matrona.

Este taller tuvo como objetivos: la identificación de indicadores relacionados, conocimiento de los tipos de violencia y métodos de búsqueda activa o cribado que permita la identificación de los casos, comprensión de la complejidad del tema y la necesidad del abordaje multidisciplinar, así como la promoción de pautas de coeducación en el cuidado para la eliminación de la violencia contra la mujer.

Sesión monográfica "Programa de evaluación y tratamiento en osteopatía infantil en neonatos y RN"

Taller de evaluación y tratamiento en osteopatía infantil en neonatos y RN

D. Raúl Guzmán Mora.
Osteópata.

Destinado a conocer las evaluaciones que se practican al RN al objeto de tener la seguridad de que el desarrollo del bebé se está produciendo con normalidad, que no se ha producido ninguna predisposición lesional durante el embarazo o que la postura que ha tenido en la vida intrauterina no ha generado ninguna lesión articular en potencia.

Sesión monográfica "Manejo de las emociones"

D. Baldi Figueras Alcañiz.
Coaching ejecutivo.

El diseño de este taller tuvo por finalidad comprender qué es la inteligencia emocional y para qué sirve, así como comprender el desarrollo de las emociones, analizar las emociones que influyen en el embarazo y aplicar alguna técnica de gestión emocional.

Ceremonia de clausura

El acto de clausura estuvo presidido por el doctor en Enfermería, profesor de la E.U.E Cardenal Herrera Oria de Valencia y presidente del Colegio de Enfermería de Valencia, D. Juan José Tirado Darder, quien con su presencia y el auspicio del colegio que preside del Premio de Fotografía de este congreso, dejó patente el compromiso y consideración hacia el colectivo de matronas.

Para culminar y clausurar este congreso, no faltó una muestra especial del cariño, el buen hacer y del arraigo por las costumbres de Valencia del comité local, que dejó impresa su marca despidiendo este evento con una escenificación de la *cremà* de una Falla (real) con el cartel de este congreso, dando lugar a un espectáculo, cuya protagonista fue esa efímera ilusión de cartón que en medio de los fuegos de artificio inundando el cielo de luz y color, la pólvora, la música, se quemó con el fuego purificador, simbolismo con el que se desecha todo lo viejo, el año caduco, para dar la bienvenida a la explosión de vida de la primavera.

El comité local, para la realización de este entrañable y espectacular acto de clausura, contó con la colaboración inestimable de los miembros de la Falla Barón de Patraix Cuenca-Mosen Fenollar, que al igual que en la ceremonia de apertura, honraron este congreso no solamente con la asistencia del cuadro de Honor de la Falla, sino con el nombramiento en junta extraordinaria de Fallera Honorífica a Dña. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, presidenta de la A.E.M. a quien el presidente, D. Adolfo Tena Nieto-Márquez, le entregó el título acreditativo del mismo, y la Fallera Mayor 2013, Dña. Sara Verdecho Muria, le hizo la imposición de la banda correspondiente.

Vaya desde aquí la felicitación para el comité loca,l quien ha demostrado sobradamente el respeto, gratitud y consideración hacia la presidenta de la Asociación Española de Matronas, por toda una vida dedicada al ejercicio y al servicio altruista de la profesión.

Nombramiento de Fallera Honorifica de la Falla Barón de Patraix-Cuenca a la presidenta de la AEM

Comités, científico y organizador del XVII Congreso Nacional de Matronas

La presidenta de la AEM agradece a la presidenta del congreso su trabajo, haciéndole entrega del símbolo de la asociación

Un momento especial

Dña. Lourdes Bernal Sanchis, en calidad concejala de Sanidad del Excmo. Ayuntamiento de Valencia y en representación del Consistorio de la ciudad, fue la encargada de dar la bienvenida institucional a los congresistas, en un acto que resultó especialmente ameno y agradable, habida cuenta de la sencillez, la simpatía y el calado humano de la edil. Tras el acto, los congresistas fueron agasajados con un cóctel en el incomparable marco del Salón Noble del Palacio de la Exposición, un hermoso edificio de comienzos del siglo XX ya convertido en edificio emblemático de la ciudad.

La concejala de Sanidad recibiendo el estetóscopo realizado por el ceramista Chenoll Mora en exclusiva para este congreso, como agradecimiento de la Asociación Española de Matronas

Aspecto del Salón Noble del Palacio de la exposición, en la recepción del Excmo. Ayuntamiento de Valencia

Premios a los trabajos científicos

Como en ocasiones anteriores este congreso ofreció un espacio abierto a la participación de los congresistas a través de la presentación de comunicaciones científicas en formato oral o póster.

- Premio a la Mejor Comunicación Oral, patrocinado la Asociación Español de Matronas, fue para el trabajo titulado: "El implante subcutáneo. Cuatro años de experiencia" de Mª José Espinaco Garrido y José Román Oliver (Sevilla).
- Premio a la Mejor Comunicación en formato póster, patrocinado por la Asociación Española de Matronas, fue para el trabajo titulado: "Implantación de la Consulta Joven en un instituto" de María Paz Alarcón Diana y Julia Puyol Lacueva (Madrid).

Dña. Mª José Espinaco, premio a la Mejor Comunicación oral

Premio a la Mejor Comunicación en formato póster

Premio Concurso Fotográfico

Este premio fue auspiciado por el Ilustre Colegio de Enfermería de Valencia, en representación del cual, su presidente, D. Juan José Tirado Darder hizo entrega del premio al ganador D. Antoni Oliver Roig.

D. Antonio Cano Climent junto a la presidenta del Congreso y D. Juan José Tirado Darder, presidente del Colegio de Enfermería de Valencia le que hizo entrega del premio

Una anécdota de este congreso

... Hay una señora que pregunta por alguien de la organización, ¿y quién es? Nadie la conoce, pero se presenta una mujer de gesto afable y a pesar de los años, porte distinguido, que cuando se asegura de estar ante una responsable de la Asociación Española de Matronas, saca de una bolsa, con un gesto que deja traslucir la gran estima en que tiene el objeto que coge, una foto de gran tamaño en la que un buen número de mujeres lucen, probablemente sus mejores galas, mientras posan sonrientes ante la cámara.

Es fácil adivinar que han pasado unas décadas desde que se inmortalizara aquella escena aunque la fotografía está bien conservada, pero los vestidos, peinados, gafas... se juzgan anticuados según el dictado de la moda de hoy, pero no cabe duda de que es un recuerdo dulce, de un buen momento, de una etapa de juventud.

Con una voz atemperada y sorprendentemente joven para la edad que se le calcula, tiende esa foto para que sean otras manos quienes guarden ese recuerdo, su recuerdo, ahora, al cederlo a la Asociación Española de Matronas, se convierte en un recuerdo para la profesión.

Esta mujer y matrona, Dña Carmen Verti, es una de esas sonrientes jóvenes de la foto realizada en el año 1963, en un evento especialmente importante para las matronas españolas: la celebración del XIII Congreso Internacional de la Confederación Internacional de Matronas (ICM) en Madrid, siendo Presidenta de esta Confederación una matrona española, Dña. María García.

Contamos este hecho porque además de ser una anécdota entrañable, acaso sirva de llamada de atención para cuantos hoy, llenos de juventud y vitalidad y un futuro profesional por desarrollar, no caen en cuenta de que si ellos han llegado al punto profesional en el que están, es porque otros iniciaron el camino antes; ojala no se repita, al menos entre las matronas, el menosprecio que sufrió " la Tia Mimma" del cuento de Pirandello, cuando fue sustituida por una joven matrona licenciada y las gentes olvidaron sus años de abnegada entrega asistiendo a los partos de sus conciudadanas.

No es justo ni humano menospreciar el valor de quienes fueron los que precedieron en la profesión; queda por añadidura para el recuerdo, lo que el Prof. González de Dios dejó dicho en este congreso: "minusvalorar la experiencia, eso que la medicina tiene de "arte y de oficio", es un momento *out* de la Medicina de la Evidencia".

Matronas españolas y extranjeras en el XIII Congreso Internacional de la Confederación Internacional de Matronas (ICM), Madrid, 1963

Las matronas son guerreras

Quienes hayan seguido la serie *Cuéntame* habrán podido comprobar que después de cada capítulo se nos ofrece un programa titulado *Ochéntame otra vez*. Programa para nostálgicos donde los protagonistas de aquellos años hacen memoria social, cultural, política o musical de aquella época. Una época en la que llegó a triunfar una canción que llevaba por título *Las chicas son guerreras*. Se mantuvo varios meses entre los discos más vendidos y formó parte de lo que se llamó "la movida". Con independencia de que los colectivos feministas no la vieran con buenos ojos, la canción se popularizó y vulgarizó de tal manera que cuando nos encontramos con un grupo profesional femenino que plantea con insistencia sus reivindicaciones corporativas les aplicamos con facilidad el estribillo de la susodicha canción.

Debates feministas al margen, el colectivo al que quiero recordar hoy es al de las matronas. La razón es bien sencilla, dentro de unos días la ciudad de Valencia asistirá perpleja a una invasión de este colectivo de profesionales. La próxima semana se celebrará en Valencia el XVII Congreso Nacional de Matronas y la ciudad debe estar preparada para ello. Han confirmado su asistencia más de 400 matronas de toda España y les puedo asegurar que los varones que hemos sido invitados por una u otra razón tendremos la gozosa conciencia de participar como minoría absoluta.

Este colectivo se encuentra ante una encrucijada profesional importante marcada por una historia profesional intensa dentro de la enfermería, los nuevos desafíos del trabajo hospitalario interdisciplinar y, sobre todo, por una vocación educativa con una proyección social incuestionable. Ahora bien, esta encrucijada profesional no se resuelve funcionalizando o arrinconando a estas trabajadoras dentro de equipos que funcionan con protocolos que burocratizan la atención sanitaria y garantizan el éxito de las operaciones sin mirarle los ojos al paciente.

En esta encrucijada desempeña un papel importante la Bioética del Cuidado, una tradición de ética profesional que debe mucho a la ética de la enfermería en general y a la ética de las matronas en particular. Cuidar no solo es atender, acompañar y dialogar, también es vigilar y enseñar a mantenerse despiertos ante una salud que se nos va de las manos sin darnos cuenta. Esto lo sabían muy bien los discípulos de Sócrates, aquel hijo de partera mediterránea con el que arranó el pensamiento occidental, su profesión consistía en hacer lo mismo que su madre, ayudar a dar a luz las ideas.

Agustín DOMINGO MORATALLA

Para el viernes 9 de mayo de 2014,
en LAS PROVINCIAS. GRUPO VOCENTO

facebook Buscar Comunidad Metas | Buscar amigos | Inicio

conecta con la enfermería

www.facebook.com/ComunidadMetas

al alcance de tu mano

Conecta con la Enfermería y descubre **Comunidad Metas**, el espacio enfermero en la red creado por **Grupo Paradigma**, con el objetivo de que estés al día de las últimas noticias y novedades del mundo de la Enfermería.

Síguenos y serás el primero en conocer las principales noticias que afectan a tu profesión, las últimas **novedades editoriales** y nuestras **exclusivas ofertas** en libros, revistas y formación online.

Además, podrás darnos tu **opinión**, hacernos llegar tus **sugerencias** y **preguntas** e intervenir en los debates en los que ya participan nuestros casi **1800 seguidores**.

Y si decides convertirte en seguidor de la Comunidad Metas en Facebook, podrás participar en los **sorteos y concursos** que realizaremos de forma periódica entre todos nuestros seguidores.

Me gusta Ya somos casi 1.800 seguidores

¡únete a nosotros

Y síguenos también en twitter!

www.twitter.com/ComunidadMetas

Jornada de divulgación científica multidisciplinar.

"Cuestiones controvertidas en torno a la alimentación en el embarazo y lactancia"

El día 31 de mayo la Asociación Española de Matronas celebró, junto con el IMIDEF (Instituto Mixto de Investigación Biosanitaria de la Defensa y la Fundación General de la Universidad de Alcalá), una jornada sobre **"alimentación en el embarazo y lactancia"** con el objetivo de concienciar, unificar criterios, adquirir una visión multidisciplinar sobre el estado nutricional de la mujer gestante y facilitar la toma de contacto entre atención Sanitaria Especializada y Primaria.

La jornada se realizó en el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (Madrid), el día 31 de mayo de 2014.

La jornada estuvo recepcionada por el Excmo. Sr. D. Santiago Coca Menchero (GB director Hospital Central de la Defensa) y presentada por Dª Rosario Sánchez Garzón, matrona HCD y coordinadora de la jornada.

La mañana se desarrolló en dos mesas:

1. Mesa de alimentación y prevención: donde participaron expertos del Instituto de Toxicología, expertos en anisakis y ginecólogos del Hospital Gómez Ulla. De manera sencilla y con rigor científico han expuesto las complicaciones derivadas de las toxiinfecciones alimentarias más relevantes en el embarazo, la toxoplasmosis y la listeria, y han establecido medidas de prevención, entre las que se encuentran:

- Con respecto a la toxoplasmosis:
  - Cocinar bien la carne (> 70-80 ºC).
  - Congelación carne cruda > 48 horas < -18 ºC.
  - Lavar frutas y verduras escrupulosamente.
  - Evitar manipular la arena y heces de gatos.

- Para prevención de la literiosis: evitar quesos frescos o lácteos sin pasteurizar y recomienda que los productos de pesca ahumados sean enlatados y los patés enlatados o esterilizados.

Visitas congresistas

- En cuanto a la implicación del mercurio en el pescado y la limitación de las dosis en esta etapa de la vida, la Dra. Llorente del Instituto de Toxicología del HCD, recomienda el consumo de pescado básicamente, por la calidad de su proteína y su grasa, con aminoácidos esenciales en cantidad más que adecuada, escasa cantidad de grasas saturadas y una importante proporción de ácidos grasos omega 3, fuente de minerales (fósforo, potasio, sodio, calcio, magnesio, hierro, yodo) y de vitaminas A, D, E, B_6 y B_{12}. Se debe evitar consumir las especies más contaminadas como son: lucio, atún rojo y pez espada cuyo consumo debe limitarse en:
  - Mujeres embarazadas, que puedan llegar a estarlo o en periodo de lactancia. Evitar el consumo.
  - Niños < 3 años. Evitar el consumo.
  - Niños 3-12 años. Limitar a 50 g/semana o 100 g/2 semanas (no consumir ningún otro de los pescados de esta categoría en la misma semana).

- Respecto a la prevención de anisakis, la alergóloga Dra. Montoro recomienda:
  - Evitar el consumo de pescado poco procesado crudo (ahumado, en vinagre, escabechado, marinado, carpaccio, ceviche y sushi).
  - Consumir siempre pescado que haya sido congelado. La ultracongelación en alta mar es la más recomendable.
  - Consumir preferentemente colas de pescados en lugar de ventresca.

2. Mesa de industria alimentaria: en la que se trataron las necesidades básicas de nutrientes durante la gestación/lactancia incluidos omega 3-6. El presidente de la Fundación Alimentación Saludable, el Dr. Jesús Román Martínez, hizo hincapié en la necesidad de ingesta de líquidos, preferentemente agua en gestantes alrededor de 1,8 l/día y en mujeres lactando 2,2 l de la misma, así como consumo de alcohol "0".

Envasado

Se abordaron conocimientos básicos de envasado y embalaje de alimentos, a cargo del experto en Químicas, el Dr. Gomis, que finaliza la jornada indicando que cualquier producto de alimentación envasado que ha pasado todos los procesos de la cadena alimentaria, embalaje y controles sanitarios pueden ingerirse sin miedo de provocar alteraciones para la salud en el individuo.

Recomienda calentar los alimentos sin los envoltorios de plásticos, o *tupperware*, salvo aquellos que en su etiqueta se especifique que están preparados especialmente para este uso.

Todos ellos están de acuerdo en seguir una alimentación variada y equilibrada (dieta mediterránea), cumpliendo con unos hábitos higiénicos personales (lavado frecuente de manos) y utensilios de cocina (tablas de preparación de alimentos y menaje); así como limpieza frecuente de neveras, con separación de alimentos crudos y cocinados.

Dio por finalizada la jornada nuestra compañera la Dª Vega Ortiz García (secretaria de la Asociación Española de Matronas) invitando a los asistentes a un aperitivo con motivo de la celebración de la patrona de las matronas en España, la Visitación de Nuestra Señora.

Evaluación

La evaluación se realizó con el modelo testado del Instituto Mixto de Investigación Biosanitaria de la Defensa (IMIDEF), comprobándose al finalizar la misma que el grado de satisfacción de los asistentes fue de 8,9 puntos.

tienda enfermeria21
Grupo Paradigma

Todo lo que el profesional de enfermería necesita al alcance de un clic

http://tienda.enfermeria21.com